

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1905

THÈSE

N°

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 23 mars 1905, à 1 heure

DE

L'ÉTRANGLEMENT DE L'APPENDICE ILÉO-CÆCAL

DANS

LE CANAL CRURAL

PAR

Urbain LE DUIGOU

Né à Gonarec le 25 août 1878

<i>Président :</i>	M. FÉLIX GUYON	}	<i>Professeurs</i>
<i>Juges</i> }	MM. LE DENTU		
	DE LAPERSONNE	}	<i>Agrégé</i>
	HARTMANN		

PARIS

G. JACQUES, Éditeur

14, Rue Hautefeuille, 14

1905

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen..... Professeurs.....		M. DEBOVE. MM.
Anatomie		POIRIER.
Physiologie		CH. RICHEL.
Physique médicale		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....	{	HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISSAUD.
Anatomie pathologique		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie et matière médicale.....		N.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		GILBERT
Médecine légale.....		CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.....		DEJERINE.
		ROGER.
Clinique médicale.....	{	DEBOVE.
		LANDOUZY.
Clinique des maladies des enfants.....		HAYEM.
Clinique des maladies syphilitiques.....		DIEULAFOY.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		GRANCHER
Clinique des maladies nerveuses.....		GAUCHER.
		JOFFROY.
Clinique chirurgicale.....	{	RAYMOND
		LE DENTU.
Clinique ophtalmologique.....		TERRIER.
Clinique des voies urinaires.....		BERGER.
Clinique d'accouchements.....		RECLUS
Clinique gynécologique.....		D ^r de LAPERSONNE.
Clinique chirurgicale infantile.....	{	GUYON.
		PINARD.
		BUDIN.
		POZZI
		KIRMISSON.

Agrévés en exercice :

MM.	MM.	MM.	MM.
AUVRAY.	DUPRÉ.	LEGUEU	RICHAUD.
BALTHAZARD.	DUVAL.	LEPAGE.	RIEFFEL, chef
BEZANÇON.	FAURE.	MACAIGNE.	des trav. anat.
BRANCA.	GOSSET.	MAILLARD.	TEISSIER.
BRINDEAU	GOUGET.	MARION.	THIROLOIX.
BROCA André.	GUIART.	MAUCLAIRE.	VAQUEZ.
CARNOT.	JEANSELME.	MERY.	WALLICH.
CLAUDE	LABBE.	MORESTIN.	
CUNEO.	LANGLOIS.	POTOCKI.	
DEMELIN.	LAUNOIS.	PROUST.	
DESGREZ.	LEGRY.	RENON.	

Chef des Travaux anatomiques : M. RIEFFEL.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MA MÈRE

A MON PÈRE

A MES PARENTS, A MES MAÎTRES

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur FELIX GUYON

Membre de l'Institut

DE L'ÉTRANGLEMENT

DE L'APPENDICE ILÉO-CŒCAL

INTRODUCTION

Née sur le tard, la pathologie appendiculaire a vu, en peu d'années son existence s'affirmer et son domaine grandir. Du jour où les chirurgiens défrichèrent la fosse iliaque, ce fut d'abord l'appendicite, entité morbide substituée aux typhlites confuses et toutes les variétés topographiques d'appendicite remplaçant le groupe obscur des suppurations peri-cœcales. Ce fut ensuite la responsabilité établie de l'appendice s'enflammant dans les sacs herniaires. C'est aujourd'hui la réalité récemment démontrée d'une affection encore peu connue, la gangrène de l'appendice hernié. On pouvait, à dire vrai, pressentir que l'appendice vermiculaire, organe long-gracile, le plus souvent mobile, comparable à quelque long pédicule devait en partager la fortune. Or l'histoire pathologique des pédicules ne comporte guère que deux ordres de faits : *segments canaliculés* ils peuvent s'infecter et présenter des lésions suppuratives, méfaits d'une obstruction septique (telle la trompe comprimée par un fibrome, tel le cholédoque, barré par un calcul, tel aussi l'appendice devenu vase clos) ; *organes flexibles et compressibles* ils peuvent se nécroser et présenter des lésions aseptiques, méfaits d'une suppression vasculaire. C'est alors pour la trompe tordue, la transformation hématique d'une salpingite séreuse, pour le cordon spermatique, la nécrose aseptique du testicule sous-jacent, et c'est aussi pour l'appendice (tordu ou comprimé) la production d'une gangrène aseptique. Issues d'un processus identique (la suppression vasculaire) les gangrènes aseptiques reconnaîtront à priori une variété d'aspects et une disparité de symptômes qui tiendront aux particularités de l'organe compromis, à son rôle, à sa situation, à l'existence d'un revêtement séreux, à la réalisation secondairement à la stricture vasculaire, et sur un territoire affaibli d'une infection par voie sanguine ou canaliculaire.

Ce que faisait pressentir la pathologie générale, semble actuel-

lement démontré par la clinique. Et de l'examen méthodique de plusieurs observations récemment rapportées aux sociétés savantes sur la gangrène de l'appendice hernié, nous croyons pouvoir dégager quelques faits qui nous permettront d'esquisser ce chapitre nouveau de pathologie appendiculaire : la gangrène de l'appendice hernié. Nous nous bornerons dans cette étude aux seuls appendices herniés dans des sacs de hernie crurale, disposition la plus fréquente, la mieux observée, la mieux adaptée par conséquent à une description d'ensemble.

Mais, avant d'aborder notre sujet de thèse, nous devons nous acquitter d'une dette de reconnaissance que nous avons contractée envers nos maîtres. Ce sont d'abord les professeurs de l'École de Médecine de Rennes : MM. les Drs Le Moniet et Dayot, professeurs de clinique chirurgicale. Follet et Bertheux, professeurs de clinique médicale. Perret, professeur d'obstétrique. Bodin, professeur d'anatomie pathologique et de bactériologie.

A Paris, nous avons eu le bonheur de suivre un certain temps le service de M. Legueu, professeur agrégé, chirurgien des Hôpitaux, à qui nous devons l'idée de notre sujet. Nous lui adressons nos plus sincères remerciements ainsi qu'à ses internes, nos amis : M. Morel qui nous a fourni de précieux renseignements au cours de ce travail et M. Hubert, à qui nous devons une observation.

M. le Professeur Guyon nous a fait l'honneur d'accepter la présidence de notre thèse, nous lui témoignons notre profonde gratitude et notre plus grand respect.

ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

Dans l'engagement de l'appendice dans l'entonnoir crural, deux facteurs sont à considérer : l'anneau crural, fixe, en situation constante et l'appendice, mobile, variant dans ses rapports et dans ses dimensions d'un sujet à l'autre ; c'est le facteur actif de l'engagement. L'introduction de l'appendice dans l'anneau crural ne peut guère se réaliser sur un sujet normal : un appendice en situation régulière, appendu au cœcum normalement fixé et long de 7 ou 8 centimètres comme la plupart des appendices, ne peut atteindre l'orifice crural ; en plus, rien ne l'oriente spécialement vers cet orifice. Il faut donc admettre dans beaucoup de cas tout au moins que l'appendice orienté par quelque cause préalable, aiguillé pour ainsi dire vers le tunnel crural ne peut y parvenir que si sa longueur le lui permet, ou que si ses moyens de fixité venant à lui manquer, il descend vers l'orifice fémoral. Nous croyons donc devoir étudier :

1° LES ANOMALIES DE L'APPENDICE QUI RAPPROCHENT CET ORGANE DE LA RÉGION HERNIAIRE.

2° LES MOYENS DE FIXITÉ DONT L'INSUFFISANCE AUTORISENT LA PTOSE CŒCO-APPENDICULAIRE.

3° LES CONDITIONS PATHOLOGIQUES QUI ORIENTENT L'APPENDICE PROLABÉ, ECTOPIÉ OU GÉANT VERS L'ANNEAU CRURAL.

1° Anomalies de l'appendice qui rapprochent cet organe de la région herniaire.

Intimement uni au cœcum, l'appendice en partage les vicissitudes topographiques. Or, notre maître Legueu a montré (1892) que sur 100 cas, 45 fois le cœcum était en situation anormale et sur ces 45 cœcums anormaux 14 étaient bas situés, entre la vessie et le rectum, sans compter un certain nombre d'autres dont la mobilité était telle qu'ils pouvaient réaliser toutes les positions.

Indépendamment de la situation du cœcum, l'appendice mobile

et libre peut également affecter les situations les plus variées. Des recherches de Fergusson, Lockwood, Rolleston, Lafforgue, Trèves, il résulte que dans 20 % des cas, l'appendice descendant vers le plancher pelvien a son extrémité libre notablement au-dessous du fond du cœcum. Ces variétés sous-cœcales ont évidemment peu de trajet à parcourir pour gagner l'orifice crural. Leur longueur anormale peut, dans certains cas leur épargner du chemin. Il n'est pas très rare de rencontrer des appendices de 15 centimètres de longueur ; on en connaît de 20 centimètres (Gegenbaur), 21 centimètres (L. Morel), 23 centimètres (Luschka).

2° Moyens de fixité de l'appendice et leur insuffisance favorisant la ptose cœco-appendiculaire.

L'appendice anatomiquement sain n'adhère pas aux organes voisins. Libre et flottant, il n'a de connexions que sa continuité avec le tractus intestinal et son pédicule vasculaire ; le tout, recouvert de péritoine. Greffé sur le cœcum, il n'a de fixité qu'autant que le cœcum est fixe. Ces moyens de fixité du cœcum et ces attaches de l'appendice au cœcum, nous allons les exposer rapidement.

A. — Moyens de fixité du cœcum

Les moyens de fixité du cœcum ont été étudiés au point de vue anatomique et physiologique par Tuffier (1887). Cet auteur refuse à juste titre tout rôle de soutien au tissu cellulaire de la fosse iliaque. Par contre, il décrit deux ligaments : l'un supérieur, l'autre inférieur, qui ont un rôle certain dans la statique du cœcum.

1° Le supérieur est un repli péritonéal qui part de la zone lombaire, soit au niveau du pôle inférieur du rein, soit un peu au-dessous et qui se termine sur la paroi externe du côlon ascendant à l'endroit où finit le cœcum. C'est une corde tendue de haut en bas et d'arrière en avant et ayant par conséquent 2 faces (l'une supéro-antérieure, l'autre postéro-inférieure) et 3 bords (bord postérieur adhérent au péritoine pariétal, bord antérieur libre, bord interne adhérent au côlon). Cette corde est d'une solidité éprouvée ; si on vient à exercer des tractions sur le cœcum, on le voit se tendre et si la traction s'exagère, le cœcum se rompt

avant que le ligament ne cède. Ce puissant ligament ne manque pour ainsi dire jamais.

2° Le ligament inférieur est très différent ; il est beaucoup moins constant et mérite à peine le nom de ligament puisqu'il n'est que l'attache du mésentère à la fosse iliaque. Il a une forme triangulaire : sa base s'insère à la fosse iliaque, au point où les vaisseaux spermatiques croisent l'artère iliaque externe ; son sommet s'insère sur le mésentère, son bord concave est libre et regarde à droite, son bord convexe adhère à l'intestin grêle et au bord gauche du cœcum.

3° Il faut joindre à ces ligaments de soutien le mesentère qui contribue peut-être dans une certaine mesure à fixer le cœcum.

Dans la station verticale, le ligament supérieur supporte le poids du cœcum et l'empêche de descendre dans le petit bassin. Son rôle a été mis en évidence par Tuffier qui a vu la distension expérimentale du cœcum tendre le ligament.

Le ligament inférieur s'oppose à l'ascension du cœcum dans la distension. Enfin le mésentère limite vers la droite l'incursion du cœcum.

B. — *Attaches de l'appendice au cœcum* (ligaments appendiculaires, artère appendiculaire, fossette iléo-appendiculaire).

L'appendice est relié au cœcum et à l'iléon par deux formations péritonéales ; l'une se fixe à l'iléon (repli iléo-appendiculaire) l'autre se perd dans le mésentère (mésio-appendice). Ces ligaments tendus entre les parties voisines, iléon, cœcum et appendice, délimitent la fossette iléo-appendiculaire. Tous ces détails deviennent bien visibles lorsqu'on tire le cœcum à droite et en arrière, l'iléon à gauche et l'appendice en bas.

1° Mésio-appendice (ligament postérieur). Le cœcum et l'appendice étant renversés de manière à montrer leur face postérieure, on voit partir du feuillet postérieur du mésentère le mésio-appendice qui passe derrière la partie terminable de l'iléon pour descendre sur l'appendice. Ce repli est quadrilatère et possède un bord supérieur mésentérique, un bord droit, cœcal, un bord inférieur appendiculaire, un bord gauche, libre contenant dans son épaisseur l'artère appendiculaire. Dans l'épaisseur du mésio-appendice chemine l'artère appendiculaire, branche de l'iléo-colique. Dès son origine, elle gagne le bord libre du mésio-appendice, croise la face

postérieure de l'iléon terminal et chemine parallèlement au bord gauche de l'appendice, jusqu'à sa pointe. Chemin faisant elle donne des branches du cœcum à l'appendice et fournit à l'iléon une artère récurrente, la récurrente iléale, qui, pour atteindre la face antérieure du bord libre iléal, s'engage dans le repli iléo-appendiculaire.

2° Repli iléo-appendiculaire (ligament antérieur). Des deux faces du méso-appendice, la face postérieure est libre, l'antérieure donne insertion au repli iléo-appendiculaire. Celui-ci détaché du bord antérieur libre de l'iléon, descend vers le méso-appendice et s'y insère. Quadrilatère, ce repli présente un bord supérieur, iléal, un bord inférieur, méso-appendiculaire, un bord droit, cœcal et un bord gauche, libre falciforme allant de l'iléon au méso-appendice. Des deux faces du repli iléo-appendiculaire l'antérieure est superficielle, la postérieure répond à la fossette iléo-appendiculaire. Dans l'épaisseur du repli iléo-appendiculaire, en plus des fibres musculaires (signalées par Luschka, Toldt, Brœsike, Lockwood, et Rolleston, Jonnesco) et qui vont de l'angle cœco-appendiculaire au bord libre de l'iléon, on trouve des artères et des veines. Ces vaisseaux, admis par Bochdaleck, Waldeyer, Tuffier, Brœsike, etc., et bien décrits par Jonnesco (artère récurrente iléale) ne permettent donc pas de considérer le repli iléo-appendiculaire comme un « bloodless fold » ainsi que le voulait Trèves.

3° Fossette iléo-appendiculaire. En écartant les bords libres des deux ligaments précédents, le doigt pénètre dans un cul-de-sac péritonéal qui s'étend jusqu'à l'angle iléo-cœcal inférieur, ce cul-de-sac, c'est la fossette iléo-appendiculaire. Elle est comprise entre ces deux ligaments qui la limitent en avant et en arrière, l'iléon, qui la limite en haut, l'appendice, qui la limite en bas et le cœcum qui la limite en dehors. Son sommet répond donc au cœcum, et sa base, orientée en bas, en dedans et à gauche et limitée par les bords libres des deux ligaments de l'appendice, n'est autre que l'entrée de la fossette iléo-appendiculaire.

Telle est l'anatomie normale des ligaments du cœcum et de l'appendice. Jonnesco a montré, après nombre d'auteurs (Trèves, Brœsike, Lockwood, Pérignon, etc.) que ce type normal était inconstant et variable (pour les ligaments appendiculaires tout au moins) et Tuffier, dans son mémoire de 1887 (*Arch. gén. de médecine*) conclut à l'importance pathogénique de l'insuffisance des ligaments du cœcum dans la production des hernies cœco-appendiculaires.

Tuffier considère deux variétés de hernies cœcales, les hernies simples et les hernies compliquées.

« Dans le premier cas dit-il, le cœcum s'engage en présentation directe, l'appendice en bas. Si le ligament inférieur l'arrête dans sa descente, il se présentera par son flanc droit et s'engagera toujours recouvert de sa séreuse. Dans le second cas, la hernie cœco-appendiculaire se complique de hernie colique ou iléale. Le côlon se dépouille de sa séreuse pour satisfaire à la distension du sac dès lors incomplet ».

A ces conditions pathogéniques spéciales de hernies cœco-appendiculaires, il faut joindre évidemment toutes les causes incriminées dans la production des hernies banales, et spécialement l'allongement congénital ou acquis du mésentère, mis en cause par Lockwood.

De cet exposé il résulte que l'appendice, de tous points normal, peut se hernier lorsque le cœcum mal suspendu glisse dans le petit bassin, et qu'indépendamment de cette ptose cœcale, l'appendice anormalement long, mobile ou ectopié peut s'engager dans un orifice herniaire.

3^e Conditions qui orientent l'appendice herniable vers les orifices herniaires.

Restent à déterminer les conditions pathologiques qui orientent l'appendice « herniable » vers l'entonnoir fémoral. Aucune des raisons données par les auteurs ne paraît applicable à plusieurs cas ; certaines s'appliquent aux hernies inguinales de l'appendice, mais, outre qu'elles n'expliquent nullement les hernies crurales, elles sont peut-être un peu trop ingénieuses, car elles font intervenir : 1^o les rapports de voisinage pendant les premiers mois de la vie intra-utérine entre l'appareil cœco-appendiculaire et la glande génitale ; 2^o les poussées inflammatoires unissant momentanément l'appendice à la glande génitale ; 3^o la fixation secondaire de l'appendice à l'entrée du canal inguinal ; 4^o l'entrée en scène de l'appendice qui tout à coup devient agent actif, remorque le cœcum, l'attire à lui, l'engage dans l'orifice inguinal interne.

Pour expliquer l'orientation crurale de la hernie de l'appendice nous n'avons même pas la ressource d'une théorie aussi fantaisiste nous n'avons même pas à incriminer un sac herniaire préformé puisque la lecture attentive des 30 observations de hernies crurales

de l'appendice montre que dans la majorité des cas l'appendice se hernie et s'étrangle en même temps. Il semble donc que dans beaucoup de cas il s'agit de hernie acquise, chez des sujets évidemment prédisposés par la laxité spéciale de leur soulèvement cœco-appendiculaire. La cause occasionnelle semble être dans beaucoup d'observations un effort assez violent : c'est une femme au lavoir qui soulève un paquet de linge ; une autre qui charge sur son épaule un lourd fardeau ; une autre qui déplace des meubles en faisant son ménage. Quelquefois on ne trouve aucune cause occasionnelle.

FRÉQUENCE. Il est difficile d'évaluer, approximativement la fréquence de l'étranglement de l'appendice hernié dans l'anneau crural. La statistique de Rivet montre que sur 94 hernies de l'appendice, 28 seulement sont des hernies crurales, celle de Naquet donne 25 crurales sur 82 hernies de l'appendice. On peut donc admettre que la hernie crurale de l'appendice est moitié moins fréquente que la hernie inguinale. En plus un grand nombre de ces hernies crurales restent simples et ce n'est qu'à l'autopsie, ou au cours d'une cure radicale que l'on constate la nature exclusivement appendiculaire, ou la participation appendiculaire de la hernie. Enfin, même parmi les hernies crurales à contenu appendiculaire qui se compliquent, un bon nombre se décèlent par des accidents herniaires et non par le syndrome d'étranglement. A vrai dire, il y a peut-être lieu d'élargir le domaine de l'étranglement aux dépens de l'appendicite herniaire.

A lire les observations on retrouve parfois sous le titre d'appendicite herniaire une évolution clinique qui implique l'étranglement et nous croyons que les données récentes sur cet accident de l'évolution des hernies le fera diagnostiquer plus facilement à l'avenir.

Du reste, les deux complications appendicite herniaire et étranglement, ne doivent point être opposées. Dans nombre de cas elles se juxtaposent et mêlent leurs symptômes. Il serait prématuré d'établir une relation de cause à effet entre elles ; mais il semble bien que l'appendice, vu de sa vascularisation —étranglé, en un mot— n'est plus en mesure de se défendre contre l'exaltation de sa flore microbienne ; et que secondairement aux lésions de nécrose, il doit présenter parfois des lésions inflammatoires c'est

du reste ce que démontrent certaines de nos observations ainsi que l'expérience suivante empruntée à la thèse de Beaussenat.

« EXPÉRIENCE VI. — 25 octobre. Ligature isolée de quatre vaisseaux collatéraux, congénères, voisins immédiatement après leur dégagement de l'artère appendiculaire, et avant leur arrivée à l'appendice. Dès le 2^e jour diarrhée. Le 3^e jour ten-dance à l'hypothermie et diarrhée. De même les jours suivants. L'animal meurt le 6^e jour de l'opération. Ce jour-là, la température matinale était de 35 degrés.

» Autopsie. Pas de péritonite généralisée, mais péritonite localisée à la région cœcale, avec adhérences, des anses grêles et du cœcum, à l'appendice. Sur la partie externe et postérieure de l'appendice, existe un abcès, limité par des adhérences et des fausses membranes. Il est gros comme une noix. Il faut prendre de grandes précautions pour en détacher l'appendice sans le déchirer. Celui-ci est augmenté de volume dans sa totalité. D'un rouge vif, au niveau de son tiers supérieur et de son tiers inférieur, il présente, au contraire, au niveau de son segment moyen, dans une étendue de 2 centimètres en hauteur, et sur toute la circonférence de l'organe, une teinte noirâtre, répondant à une paroi tellement amincie qu'elle semble sur le point de se rompre. L'appendice ne contient pas de pus, mais un mélange de liquide noirâtre et de matières fécales. Dans son tiers supérieur, hypertrophie folliculaire. Le tiers inférieur paraît sain. Mais la partie intermédiaire est une vaste plaque de gangrène, occupant toute la circonférence de l'organe, et mesurant 1 cent. 1/2 en hauteur, sur son bord mésentérique. On peut la comparer à une bague, dont le chaton répondrait à l'insertion du méso. (Faisons remarquer, en passant, que, chez le lapin, le bord mésentérique de l'appendice est moins riche en petits vaisseaux anastomotiques que les faces et le bord libre. C'est ce qui nous explique que, dans tous ces troubles circulatoires, les lésions nécrobiotiques sont plus marquées en ce point).

« Les bords de la plaque de gangrène sont, irréguliers épaissis, rouges, et tranchent nettement sur le fond de l'ulcération où il n'existe plus qu'une sorte de putrilage noirâtre que détache facilement un filet d'eau. La couche musculaire est détruite en partie et la couche péritonéale déjà noire, isole, seule la cavité appendiculaire de la grande séreuse péritonéale. Le ganglion appendiculaire était suppuré et en partie détruit.

« En résumé, le trouble circulatoire a amené la nécrobiose de » la muqueuse. Du coup, s'est exaltée la virulence du coli-bacille » qui a envahi la zone folliculaire. L'inflammation a ensuite gagné » les lymphatiques sous-séreux et le ganglion de la base.

« Ce qui nous fait supposer que la virulence au coli-bacille a » été exaltée par la nécrobiose de la muqueuse, c'est l'apparition » de la diarrhée, l'adénite et l'abaissement considérable de la » température ».

En somme l'étranglement de l'appendice seul ou associé à l'appendicite herniaire n'est pas exceptionnel, cette notion en désaccord avec l'opinion mise par Pollosson en 1893 et justifiée par les 30 observations qu'une révision rapide de la littérature médicale récente nous a permis de réunir.

La question d'âge qui n'a que peu d'intérêt, peut être facilement résolue. La grande majorité des hernies de l'appendice s'observe de 50 à 70 ans. Pour le cas spécial de l'étranglement de l'appendice, le relevé de nos observations nous indique une moyenne de 50 ans, avec un minimum de 21 ans, et un maximum de 71.

L'influence du sexe est indéniable ; nous trouvons une proportion de 6 femmes contre un homme. Ce fait n'a rien qui doive surprendre, la hernie crurale étant plus fréquente chez la femme, quelqu'en soit le contenu.

Dans toutes nos observations l'appendice est hernié et étranglé dans le canal crural droit ; ce qui est conforme avec la disposition anatomique. Du reste, il n'y a pas d'incompatibilité absolue entre l'existence d'une hernie gauche et de son contenu appendiculaire ; le fait est cliniquement démontré pour des hernies inguinales.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Deux points méritent d'attirer notre attention : 1° L'agent d'étranglement ; 2° Les parties étranglées.

1° L'agent d'étranglement.

Il ne saurait être question ici des coudures ni des torsions que l'appendice peut présenter dans un sac herniaire aussi bien que dans la cavité abdominale. Nous nous bornerons à l'étude de l'étranglement véritable, complication de la hernie appendiculaire et en relation directe ou indirecte avec le collet du sac herniaire. Cet étranglement a été nié ; c'était à l'époque où l'appendicite herniaire constituait tout le chapitre des complications de la hernie appendiculaire. Et comme à cette époque peu lointaine, l'expectation ou une thérapeutique différée ne permettaient pas de constater les lésions au début, le syndrome de l'étranglement appendiculaire demeurait enfoui dans le champ de l'appendicite. Peu à peu l'intervention précoce permit de rapporter à leur cause véritable les symptômes trop uniformément rapportés à l'inflammation de l'appendice. On constata sur la pièce enlevée, un sillon profond analogue à l'encoche intestinale des hernies banales étranglées, et au cours de l'intervention on dut sectionner l'agent d'étranglement. Celui-ci, pour le cas spécial qui nous occupe, la hernie crurale est généralement le bord libre, tranchant, du ligament de Gimbernat ; l'observation XXII en est un exemple typique. Mais parfois l'agent d'étranglement peut reconnaître les origines les plus diverses ; c'est le collet du sac (obs. XXVII) ; c'est un diaphragme rétrécissant la partie moyenne du sac (obs. XXV) ; c'est une bride épiploïque adhérente au sac (obs. VII) ; c'est un orifice anormal creusé dans l'arcade crurale, (obs. XXVI). Cette dernière variété qu'on pourrait dénommer hernie para-crurale est

comparable aux hernies para-inguinales depuis longtemps classiques.

La striction, plus ou moins serrée, plus ou moins étendue peut être définitive ou transitoire ; une observation de Pollosson semble indiquer, que quelques années avant d'être opérée d'urgence pour un étranglement de l'appendice, la malade avait présenté des symptômes identiques, logiquement imputables à la même cause (qui dans l'espèce était le ligament de Gimbernat). Au début, la cause de striction reste indépendante de la portion enserrée ; il n'y a entre elles qu'une contiguité poussée à l'extrême, mais rien qui les relie ; elles s'écartent, dès le débridement effectué. Peu à peu il s'établit des adhérences entre le contenu de la hernie et l'agent d'étranglement, surtout si la striction peu intense, permet de différer l'intervention. Dans ces cas, le débridement ne sépare pas l'agent sténosant des parties enserrées ; l'inflammation établit entre elles des néoformations vasculaires qui les solidarisent.

2° Les parties étranglées

Celles-ci varient naturellement avec le contenu de la hernie. On peut rencontrer l'appendice dans une grosse hernie cœcale, ou dans une entéro-épilocèle ; dans ce cas la présence de l'appendice étranglé au milieu d'autres organes également étranglés, n'est plus qu'un épiphénomène. Nous nous bornerons à l'étude de ces hernies appendiculaires étranglées dans lesquelles le facteur principal est l'appendice accompagné parfois et accessoirement d'une frange ou d'un paquet épiploïque ; ou d'une amorce d'entérocele.

On peut, au cours de l'intervention pour étranglement de l'appendice trouver un sac complet ou un sac incomplet ou ne pas trouver de sac, cas assez fréquent lorsque l'appendice seul est hernié ; par contre, lorsqu'à l'appendice s'ajoute une anse d'intestin grêle, il est classique de rencontrer un sac herniaire : ajoutons que l'appendice peut se trouver en dehors du sac. Le fait a été relaté pour une hernie inguinale de l'appendice par G. Baumetz (Gaz. des hôpitaux 1889). Les hernies à sac incomplet sont surtout celles où le cœcum accompagne l'appendice, soit en entier soit en partie.

Dans les cas datant de quelques jours on peut trouver sous tension une petite quantité de liquide jaune ou brun analogue à celui

des hernies étranglées ordinaires. L'appendice hernié se présente seul ou associé à d'autres segments d'intestin. Il est fréquemment adhérent aux parties voisines soit à l'épiploon, soit au sac herniaire, soit aux vaisseaux fémoraux (obs XXV).

Les lésions que détermine sur lui la striction de l'agent d'étranglement, varient avec le degré de coarctation, la nature de la sténose, l'interposition d'un protecteur épiploïque, la durée de l'étranglement.

Néanmoins, nous pouvons décrire les lésions les plus communément observées à l'intervention, c'est-à-dire 4 ou 5 jours après le début des accidents *cliniques* (nous ne disons pas anatomiques).

L'appendice présente au point étranglé un sillon très net généralement circulaire, mais parfois semi-circulaire. Ce sillon est ecchymotique, violacé. Quelquefois on trouve non pas un sillon, mais une zone rétrécie ayant jusqu'à 5 millimètres de hauteur. La striction peut porter en tous les points de l'appendice, sur la base, sur la pointe ; dans certains cas elle porte en deux points, distants de l'appendice qui a dès lors la forme d'un anneau presque complet pincé, à ses deux extrémités (obs. XIX). Sillon ou virole, le point étranglé reste souvent rétréci même après le débridement et sur la coupe transversale de l'appendice on trouve difficilement la lumière.

Au-dessous de l'étranglement, l'appendice très comparable à une anse grêle étranglée, est généralement dilaté, un peu turgescent, violacé et luisant ; il contient parfois un liquide séro-hématique ou couleur chocolat ; quelquefois un peu de mucus ou de concrétion locale, plus rarement un corps étranger ; assez souvent il ne contient rien au-dessus de l'étranglement, les lésions quoique moins marquées sont pourtant évidentes ; nous y retrouvons la vascularisation exagérée, l'aspect rouge, violacé de la partie herniée. Cet état est vraisemblablement dû à des troubles de nutrition de l'appendice.

L'exposé anatomique ci-dessus montre la vulnérabilité particulière de l'artère appendiculaire. Si l'agent d'étranglement est assez fort pour aplatir l'appendice au point d'en faire disparaître la lumière, à plus forte raison en compromettra-t-il la circulation qui n'est assurée que par un petit vaisseau mal protégé par un méso très mince.

LÉSIONS HISTOLOGIQUES. — Les lésions histologiques de l'appendice étranglé sont enregistrées dans un certain nombre d'observations ; mais ce point appelle un complément de recherches. Au niveau même de l'étranglement la muqueuse présente des lésions nécrobiotiques complètes portant sur l'élément folliculaire et sur l'élément glandulaire. On trouve à peine quelques squelettes glandulaires.

Ces lésions atteignent également la sous-muqueuse qui est injectée de vaisseaux distendus et infiltrée d'hémorragies interstitielles comparables à celles qu'on observe sur une trompe tordue. Des leucocytes très abondants se montrent sur toute son épaisseur. La nécrose est également évidente sur les follicules lymphatiques qui sont fortement hyperémiés et un peu augmentés de volume.

La musculaire est atteinte surtout dans sa couche circulaire dont beaucoup de fibres n'ont plus de noyaux colorables et présentent l'aspect brillant de l'élément musculaire momifié. (Chevassu). Par contre, la couche musculaire longitudinale est moins atteinte, elle peut même être intacte (Landel, cas de Quenu). La couche sous-péritonéale est infiltrée par un mélange d'hématies et de leucocytes. Le revêtement péritonéal, dans les cas strictement nécrobiotiques (et non inflammatoires, soit primitivement, soit secondairement) ne présente pas d'altération (cas de Guinard).

Ces lésions n'existent pas au seul point sténosé, mais elles y sont au maximum. Le processus nécrobiotique à extension centrifuge tend à diffuser en amont et en aval du barrage, avec la même intensité. Ce fait, comme le fait remarquer Landel, est superposable à ce qu'on observe sur les anses grêles étranglées conformément aux constatations de Gosselin, Nicaise, Labbé.

A ce processus nécrosant, et hyperémique constant et qui est caractéristique de l'étranglement, on peut observer, à titre accessoire, des lésions d'infiltration leucocytaires plus marquées à mesure qu'on remonte vers la base de l'appendice. Ces lésions surajoutées, sont enregistrées dans quelques observations et étudiées par Chevassu dans le cas de Mauclair. Elles sont passées sous silence et même discutées par nombre d'auteurs.

Cet aperçu anatomo-pathologique ne saurait être définitif, et sera complété par des recherches ultérieures ; mais déjà il permet d'établir l'existence anatomique de l'étranglement appendiculaire,

différent de l'appendicite herniaire par les lésions suivantes qui lui sont spéciales : 1^o existence d'un sillon net d'étranglement.

2^o existence d'un liquide teinté et sous tension dans le sac.

3^o Coloration particulière de l'appendice au-dessous de l'étranglement, comparable à celle de l'intestin grêle étranglé.

4^o Constatation histologique des lésions nécrotiques et hypérémiques, caractéristiques des pédicules étranglés.

Ces différenciations qui séparent l'étranglement appendiculaire de l'appendicite herniaire, nous allons les retrouver dans le domaine de la clinique comme dans celui de l'anatomie pathologique.

SYMPTOMES

Le 21 mai 1893, Pollosson, chirurgien major de l'Hôtel-Dieu de Lyon, tirant des conclusions de 3 cas d'étranglement de l'appendice, écrivait ce qui suit :

« Les signes locaux et généraux sont ceux de l'entéroccèle ou de » l'épiplocèle étranglée... Il en résulte que le diagnostic d'étran- » glement de l'appendice iléo-cœcal est dans l'état actuel impos- » sible ». (Lyon médical, 21 mai 1893).

Nous allons essayer de montrer que contrairement à l'opinion déjà ancienne de Pollosson, l'étranglement de l'appendice possède une symptomatologie qui lui est propre et que déjà s'esquisse dans les observations l'ébauche de son portrait clinique.

Il s'agit dans la grande majorité des cas d'une femme de 45 à 60 ans antérieurement porteuse ou non d'une hernie. *Brusquement*, au cours de son travail, et souvent à l'occasion d'un effort, la malade ressent une *douleur* vive de modalité variable. Ce peut être une tension sourde et difficilement localisable, ce peut être une très violente douleur localisée au trajet herniaire. Cette douleur, quoique vive n'interrompt pas le travail des malades et ce n'est que 4, 5, 8 jours après, qu'elle commence à s'alarmer.

C'est que, peu à peu, la douleur se précise et se cantonne à la région crurale et que la malade, dont l'attention est attirée de ce côté constate, en palpant la région, quelque chose de nouveau une *petite tuméfaction* au pli de l'aîne ; cette tuméfaction n'inquiète pas par son volume, mais par la douleur dont elle est le siège quand on la palpe. Enfin certaines malades observatrices, notent que la tuméfaction augmente peu à peu de volume, se tend et se durcit, ces malades peuvent vaquer à leurs occupations en les entre-coupant de repos fréquents, en évitant de se tenir très droites, et en marchant légèrement inclinées en avant.

Pendant ces quelques jours d'indécision, elles ont des nausées ou même quelques vomissements, elles sont un peu plus constipées

que d'habitude, mais leur état général se maintient excellent. C'est généralement de 5 à 8 jours après le début des accidents douloureux que les malades vont consulter. Les constatations locales du chirurgien sont presque toutes superposables ; les symptômes généraux varient un peu d'un cas à l'autre.

Localement, on trouve une tuméfaction toujours peu volumineuse : exceptionnellement du volume d'un citron (obs. VI) souvent comparée à une noix (obs. XXI) à un œuf de pigeon (obs. XXVII).

Cette tuméfaction qui est franchement mate est presque toujours très dure, lisse, exceptionnellement bosselée ou rénitente, absolument irréductible et très douloureuse. Elle siège à la région crurale droite, un peu au-dessous de l'arcade fémorale, à l'union du $1/4$ interne et des $3/4$ externes de cette arcade, immédiatement en dedans de l'artère fémorale dont on sent les battements sur le côté externe de la tuméfaction. Généralement hémisphérique, cette tuméfaction est dans quelques cas oblongue, son grand axe dirigé transversalement et parallèlement au ligament de Poupert sus-jacent. La peau qui la recouvre est très distendue, on l'a notée luisante et même rouge.

La palpation réveille ou augmente la sensibilité locale ; vers les pôles supérieurs de la tuméfaction elle décèle un pédicule particulièrement douloureux. L'effort et la toux restent sans action sur la tumeur qui ne change pas de volume mais qui devient momentanément plus douloureuse. L'examen à distance donne les renseignements suivants. *Le ventre* est généralement ballonné presque toujours un peu sensible au moins dans la zone sous-ombilicale.

Plus importante est la constatation des symptômes fonctionnels ou généraux. *Le cours des matières fécales* est très fréquemment arrêté ; dans les cas où il n'y a pas constipation absolue, il y a constipation relative, une selle en 8 jours, par exemple. Cette constipation est d'autant plus remarquable qu'il n'y a pas obstacle mécanique à l'évacuation fécale, comme dans l'entérocele ; ici, aucun barrage n'existe sur la continuité de l'intestin : il s'agit donc d'un symptôme réflexe intéressant.

Par contre, les *émissions de gaz* sont, pour ainsi dire toujours conservées ; il y a donc dissociation nette entre les deux symptômes ; évacuations des matières et émission de gaz.

Les *vomissements* sont exceptionnels ; dans les observations qui les notent, nous les trouvons tout à fait au début des accidents,

dans les heures qui suivent la brusque douleur initiale ; puis ils disparaissent et sont remplacés par un état nauséux du reste inconstant et toujours peu marqué. Ces vomissements du début dans les rares cas où on les observe sont alimentaires ou muqueux : dans une seule observation, on les vit bilieux, dans aucun cas ils n'ont l'aspect porracé ou fécaloïde des vomissements tardifs des entéroécèles étranglées.

Les *symptômes urinaires* manquent : on n'observe pas l'anurie ou l'oligurie assez fréquentes dans l'étranglement herniaire commun.

La *température* semble peu modifiée. Malheureusement, nombre d'observations ne donnent aucun renseignement à ce sujet. Mais dans les cas explicites, nous trouvons la température oscillant entre 37° et 37°7 ; on peut tout au moins en déduire qu'il n'y a pas d'hypothermie comme dans l'étranglement de l'intestin grêle. Et il ne semble pas non plus qu'on doive mettre sur le compte d'un élément phlegmasique surajouté, les 37°7 accusés par quelques malades, car l'intervention dans ce cas montra l'intégrité du péritoine voisin et l'absence de toute réaction inflammatoire locale.

Le *pouls* semble un peu accéléré, soit du fait de la douleur soit qu'il s'agisse d'une tachycardie réflexe. Nous notons 84, 96, 100 dans plusieurs observations, en dehors bien entendu de toute appendicite herniaire ; le pouls est généralement bien frappé, rarement il est petit. Nous avons déjà insisté sur la conservation habituelle d'un bon état général, d'un facies calme et reposé. Il est très rare que le malade soit anxieux et que son visage grippé rappelle celui de l'occlusion intestinale ; et absolument exceptionnel qu'il présente des symptômes de collapsus et d'algidité, des troubles vaso-moteurs, etc.

Tel est le tableau clinique de l'étranglement de l'appendice ; il va de soi qu'on en retrouve les traits caractéristiques, quelque soit l'orifice herniaire dans lequel s'est engagé l'appendice. Néanmoins le siège crural de la hernie donne à cette affection un certain nombre de caractères qui l'individualisent. Quoiqu'il en soit la description clinique que nous venons de donner et qui est justifiée par l'examen sérieux de 30 observations indiscutables, diffère notablement de celle de Pollosson, de Naquet, etc.

Nous verrons plus loin qu'on peut tirer de ce faisceau de sym-

ptômes des renseignements diagnostiques qui dans nombre de cas permettent d'arriver, par exclusion à reconnaître l'étranglement de l'appendice des affections similaires.

L'évolution de l'étranglement appendiculaire peut être déduite de la nature des lésions dont est le siège l'organe compromis. Dans un délai plus ou moins proche du début des accidents (et en relation avec la puissance de l'agent d'étranglement, l'engagement des vaisseaux de l'appendice dans le point sténosé. La présence ou l'absence d'un tampon de protection épiloïque) l'appendice étranglé évolue vers le sphacèle. Ce sphacèle n'est pas forcément situé au point étranglé ; il peut en être distant, comme l'établissent les recherches de Thierry, de Darnes, de Beaussenat et comme le démontrent les relations opératoires. La perforation par nécrose de l'appendice peut être unique ou multiple, grande ou petite, axiale ou terminale, distale ou proximale par rapport à la sténose. Ces faits ne rentrent plus dans notre cadre, avec la perforation (et peut-être même avant elle) débute l'appendicite herniaire dont la symptomatologie un peu différente, se surajoute à celle de l'étranglement. A lire les nombreuses observations d'appendicite herniaire qui ont été publiées, (thèses de Sauvage, Osty, Naquet, Briançon, Rivet, etc.), on reste convaincu que dans un certain nombre d'entre elles les accidents inflammatoires ont été secondaires aux accidents d'étranglement et que la vitalité compromise de l'appendice étranglé a favorisé l'exaltation microbienne. Ce n'est pas à dire que l'appendicite herniaire est subordonnée à l'étranglement de l'appendice ; assez d'appendices intra-abdominaux et libres s'infectent sans s'étrangler et sans devenir des vases clos ; néanmoins une cause de moindre résistance telle que la circulation compromise ne peut que servir la cause de l'appendicite ; des faits nombreux viennent étayer cette proposition.

PRONOSTIC ET DIAGNOSTIC

PRONOSTIC. — Le pronostic de l'étranglement appendiculaire est des plus sérieux. Il s'agit d'une affection qui, par elle-même est grave, puisqu'elle peut entraîner des accidents mortels dont la filière est : étranglement, sphacèle, péritonite intra-sacculaire et abcès local ou péritonite généralisée. Etc'est en plus, une affection parfois méconnue parcequ'elle est nouvelle et qu'on n'y pense pas, parce que sa symptomatologie *rappelle* celle de l'épiplocèle enflammée et qu'on diffère de l'opérer, parce qu'enfin son allure clinique peut être assez discrète pour qu'elle demeure inaperçue jusqu'à l'heure bruyante de la perforation de l'appendice. Opéré, au contraire, l'étranglement de l'appendice ne présente pas de gravité. Généralement peu adhérent, ou tout au moins facilement isolable, l'appendice est rapidement réséqué ; l'opération tombe dans la chirurgie des hernies étranglées vulgaires.

DIAGNOSTIC. — On a pu dire avec raison que le diagnostic d'appendicocèle était toujours porté au cours d'une intervention chirurgicale ou d'une autopsie, et seulement alors. Il n'en va pas de même, croyons-nous pour l'étranglement appendiculaire, tout au moins, pour les cas dont l'existence se manifeste par une réaction locale et générale. En présence des phénomènes douloureux au niveau d'un orifice herniaire *droit* il y a lieu de penser à l'appendice ; et pour peu que les symptômes n'impliquent pas une affection inflammatoire, il suffit de déterminer le contenu de la hernie. Dans le cas spécial de la hernie crurale on peut suspecter avant tout 3 organes : l'intestin grêle, l'épiploon, l'appendice. Jusqu'à ces dernières années, on a presque toujours méconnu l'étranglement de l'appendice et on l'a pris pour une entéroccèle étranglée quand les symptômes étaient tapageurs, et pour une épiplocèle étranglée quand l'évolution était insidieuse.

Or dans les cas les plus fréquents de hernie crurale étranglée

à contenu intestinal, nous constatons une tumeur sonore devenue brusquement irréductible, après avoir été pendant plus ou moins longtemps réductible avec gargouillement. Nous sommes frappés par l'arrêt absolu des matières et des gaz, par la tendance hypothermique du malade, l'altération de son facies et de son état général, la persistance des vomissements qui rapidement parcourent la gamme habituelle (alimentaires, muqueux, bilieux, porracés, fécaloïdes). Ce tableau clinique diffère quelque peu de celui de l'étranglement appendiculaire, on peut donc parfois éviter l'erreur de diagnostic.

Dans l'épiplocèle étranglée, nous trouvons, à l'interrogatoire du malade un passé plus ou moins long de hernie réductible d'abord, puis devenu irréductible, par suite de poussées successives d'épiploïtes. Puis un jour quelques coliques, quelques nausées, quelques tendances à la constipation, attirent l'attention sur une tumeur finement bosselée à pédicule assez gros et relativement peu douloureuse.

Toutes différences appréciables avec l'étranglement de l'appendice.

Il est certain que nombre de cas resteront obscurs. D'abord il en est d'indéchiffrables : ceux dans lesquels, à l'appendice étranglé s'adjoint une anse grêle étranglée. Il en est d'autres d'un diagnostic presque insurmontable, ceux dans lesquels l'appendice est engagé et étranglé dans un sac crural gauche. Mais par contre, il serait possible de constater par la palpation l'existence de l'appendice dans un trajet herniaire. Trèves fit le diagnostic de hernie étranglée de l'appendice (dans un sac inguinal, il est vrai) après avoir constaté à travers la peau la présence anormale du cœcum et de l'appendice.

Lorsque les accidents de l'étranglement appendiculaire seront arrivés aux périodes ultimes, lorsque, en un mot l'appendice est gangréné et perforé le diagnostic est à faire avec la péritonite herniaire, ou, plutôt, il s'agit d'une péritonite herniaire qu'on doit différencier de quelques affections voisines (adénite, abcès stercoral abcès par congestion). Ces diagnostics ne rentrent pas dans notre cadre.

A côté des affections fréquemment incriminées alors que l'appendice étranglé était en cause, il en est d'autres plus rares qui ont été signalées dans quelques cas de hernie inguinale ; on fit

ainsi le diagnostic de trompe herniée, Brieger crut dans un cas à une hernie de l'ovaire.

Aucun de ces diagnostics d'exception n'a été porté, croyons-nous quand il s'agissait de hernies crurales. Les seuls diagnostics erronés ont toujours été dans ce cas : épiplocèle étranglée, épiplocèle enflammée et irréductible, entérocele étranglée et quant à l'appendicite herniaire, il a suffi des constatations locales inflammatoires et de l'examen général (fièvre, tachycardie) pour en porter le diagnostic à discuter, du reste, avec les autres affections inflammatoires herniaires ou peri-herniaires de la région crurale.

TRAITEMENT

Diagnostiquer un étranglement de l'appendice, c'est du même coup se décider à intervenir. Et dans les cas où le diagnostic reste douteux, la conduite à tenir reste la même: en présence d'un étranglement herniaire, on ne discute pas l'opportunité d'une intervention d'urgence, on ne discute pas davantage la nature de l'intervention; il faut évidemment lever l'obstacle. Mais cette kélotomie n'est que le premier acte d'une intervention idéale qui comporte encore l'ablation de l'appendice compromis ou non, et la cure radicale de la hernie.

Les téguments incisés, selon la technique de toute kélotomie crurale, il faut devenir prudent. Descazals (obs. XXVI), malgré de minutieuses recherches, ne put trouver de sac herniaire. Rochard (Obs. XXV), trouve un sac enflammé et adhérent aux parties voisines; les vaisseaux fémoraux sont dans la plaie opératoire.

Le sac étant prudemment ouvert, il s'en échappe généralement quelques gouttes de liquide brunâtre. On aggrandit l'incision et on tombe sur l'agent d'étranglement. Suivant le cas, comme nous l'avons vu, il faut sectionner une bride épiploïque, ou un diaphragme du sac, ou le bord tranchant du ligament de Gimbernat ou le collet du sac.

On peut alors tirer très légèrement et très prudemment l'appendice, jusqu'à amorcer le cœcum dans la plaie opératoire. On traite cet appendice comme au cours d'une appendicectomie ordinaire, avec des temps habituels, ligature de l'appendice, ligature de son pédicule vasculaire, section de l'appendice et enfouissement du moignon. Puis on examine les parties herniées, qui dans certains cas accompagnent l'appendice. L'épiploon ou les franges épiploïques cœco-appendiculaires sont réduites, ou — si elles sont douteuses — réséquées sous ligature. Une anse grêle enserrée dans la hernie ne sera réduite qu'après constatation de son intégrité.

Lorsqu'il existe un sac, on peut s'il n'est pas adhérent, le libérer

rapidement, le lier et le sectionner à la base. Lorsqu'il adhère aux vaisseaux fémoraux, il n'y a aucun avantage à prolonger l'opération et à rechercher un dangereux voisinage.

Dans les cas où on ne trouve pas de sac on procèdera à un nettoyage sérieux de la petite logette qui contenait l'appendice.

Un dernier temps consiste à pratiquer la réfection de la paroi en rapprochant par exemple par quelques points profonds l'aponévrose du pectiné et l'extrémité interne du ligament de Poupart.

Ce n'est pas utile de drainer lorsque l'appendice ne présente pas de traces d'inflammation récente ou lorsque le sac ne présentait pas d'adhérences. Dans le cas contraire, ou lorsque du liquide sous tension et de couleur suspecte s'est répandu dans la plaie, il est prudent de placer un drain pendant les premiers jours.

OBSERVATIONS

OBS. I. — (Cabaret). — *Journal des conn. méd. chir.*, 1842, p. 54.

Hernie crurale droite constituée par l'appendice iléo-cœcal. — Etranglement. —
Kélotomie. — Absence de sac. — Guérison.

Une femme de 60 ans est prise le 4 mai 1839 de coliques avec vomissements, on ne lui trouve pas de hernie ; le lendemain les accidents persistent, les vomissements deviennent bilieux, le ventre est douloureux, surtout dans le côté gauche, mais la malade a deux selles.

6 mai. — On découvre, en explorant de nouveau les orifices herniaires, une petite hernie crurale droite. Elle est tendue, absolument irréductible, le taxis reste sans effet.

7 mai. — Opération. On incise successivement un certain nombre de couches celluleuses pour chercher le sac, mais on arrive, sans en avoir trouvé sur un appendice de trois pouces de long, fortement gonflé et distendu au point d'obtenir le volume de l'intestin grêle.

Il s'agit d'une hernie de l'appendice iléo-cœcal sans sac. L'étranglement siège à la partie interne de l'orifice supérieur du canal crural, on fait porter le débridement sur le ligament de Gimbernat, puis, après s'être assuré que le cœcum est bien libre dans l'abdomen, on réduit l'appendice sans difficulté et on fait les sutures.

La malade guérit sans accident.

OBS. II. — (Bayer). — *Prager méd. Zeitschrift*, 1886.

Hernie crurale appendiculaire. — Etranglement. — Réduction de l'appendice. —
Guérison.

Douleurs irradiées avant l'opération. Appendice dans le sac ; sur une longueur de deux centimètres, un sillon d'étranglement très net. Après débridement, l'appendice auparavant un peu épaissi reprend un aspect normal. Réduction. Guérison.

OBS. III. — (D^r Chaput). — *Bulletin soc. anatomique*, 1887.

Hernie crurale droite volumineuse chez une femme. — Hernie du cœcum avec son appendice et de l'épiploon.

Examinée à travers la peau, la tumeur herniaire se présente sous la forme d'une saillie volumineuse, ovoïde, à grosse extrémité inférieure, occupant la plus grande partie du triangle de Scarpa, à partir de l'arcade crurale.

La peau qui la recouvre est distendue et présente des plicatures et des vergetures nombreuses. Les dimensions verticales sont de 11 à 12 centimètres, les dimensions transversales, de 8 à 9 centimètres à l'endroit le plus large. La tumeur est tendue à la percussion, et les anses qui y sont contenues se réduisent facilement avec le gargarisme caractéristique.

La dissection de la peau montre une résorption considérable du tissu cellulaire sous-cutané.

Celui-ci très raréfié, est adhérent, soude intérieurement la peau au sac sous-jacent qui se montre immédiatement avec un aspect fibreux d'une épaisseur et d'une consistance considérables. Au voisinage de l'arcade, les adhérences de la peau sont encore plus intimes.

La dissection complète du sac tendant à libérer sa face profonde se fait assez facilement ; le sac n'adhère en aucune façon au faisceau vasculaire sous-jacent.

Toutefois on voit englobées dans l'épaisseur des parois, trois veines assez volumineuses qu'on doit pour ainsi dire sculpter dans le tissu fibreux. De ces trois veines, l'une se porte en haut et en dehors, vers l'épine iliaque antérieure et supérieure, l'autre se dirige horizontalement en dedans, c'est une veine honteuse externe ; la troisième ascendante provient du tissu cellulaire sous-cutané.

Les veines convergent vers la convexité de la crosse de la saphène interne et s'y terminent.

La veine saphène elle-même est indemne d'adhérences au sac.

La partie postérieure du collet n'adhère pas notablement à l'orifice herniaire. Il n'en est pas de même de la partie antérieure qui adhère très fortement à l'arcade crurale.

L'ouverture du sac, selon son axe longitudinal, montre un contenu intestinal constitué par le cœcum et son appendice, le côlon ascendant et une petite partie de la fin de l'intestin grêle, entraînée par la descente du cœcum.

On y trouve également de l'épiploon adhérent au sac et divisé en deux faisceaux l'un peu large, en forme de cordon adhère à la paroi antérieure du sac, sur lequel il est appliqué. Le collet du sac, très élargi, ne présente aucune trace de stigmates.

L'anneau crural est extrêmement dilaté. Il ne mesure pas moins de 6 centimètres $1/2$ d'avant en arrière. L'anneau se prolonge par devant la veine de l'artère fémorale et s'étend jusqu'au bord interne de l'artère. En dedans son aggrandissement s'est fait au dépens du ligament de Gimbernat, si bien que l'anneau s'étend jusqu'au niveau de l'épine du pubis. On trouve à la partie externe de l'anneau l'artère épigastrique appliquée sur le côté externe du sac. L'examen des viscères par l'abdomen montre une bride épiploïque partant du côlon transverse et autour de laquelle paraissent s'être tordus le cœcum et l'appendice, et le côlon ascendant. La partie gauche du colon transverse est contournée en S italique.

Toutefois, si l'on fait disparaître l'incurvation du côlon transverse en le ramenant à la direction horizontale, on arrive à cette conviction que l'enroulement du gros intestin autour de l'épiploon n'est en somme qu'apparent, et que les viscères présentent bien leur disposition normale.

Les ligaments normaux du cœcum existent avec leur caractère ordinaire, sauf que le ligament externe est très allongé ; le côlon ascendant possède un mésentère très étendu qui ne mesure pas moins de 12 ou 13 centimètres de hauteur.

On peut se demander si cette laxité ligamenteuse est primitive ou secondaire ; par rapport à la hernie. Dans le cas où elle serait primitive, elle aurait pu jouer le rôle de cause prédisposante pour la hernie du cœcum.

Du côté opposé, l'anneau présente un développement considérable, bien qu'on ne constate de ce côté aucune tendance à la hernie.

La femme atteinte de la hernie est âgée de 30 à 33 ans ; elle a eu des enfants, comme le prouve l'orifice utérin ; toutefois elle ne présentait pas de vergetures sur la peau de l'abdomen.

OBS. IV. — (Pollosson). — *Lyon médical*, 21 mai 1893.

Etranglement herniaire de l'appendice iléo-cœcal.

A. F..., repasseuse, 37 ans, demeurant à Lyon, entrée le 21 août 1890, sort le 15 septembre 1900.

La malade a vu survenir à droite une petite tumeur dans la région crurale, il y a 5 ans. Elle n'a jamais porté de bandage. Elle avait eu avant la hernie deux enfants.

Il y a deux jours, sans efforts, elle vit la tumeur devenir tendue et volumineuse, elle eut des coliques et des envies de vomir. Le lendemain elle dut garder le lit, eut encore une selle ce jour-là, mais remarqua qu'elle ne pouvait plus faire de gaz.

Le troisième jour au matin, elle eut un vomissement et des hoquets.

Le Dr Victor Morel appelé, diagnostiqua un étranglement herniaire et l'envoya à l'Hôtel-Dieu.

Le lendemain, à la visite, on trouve la malade avec facies grippé, pouls petit, se plaignant de coliques violentes, de nausées et n'ayant ni selles, ni évacuations gazeuses. On sent, dans la région crurale une petite tumeur marronnée, tout à fait identique à la tumeur habituelle de la hernie crurale étranglée.

Opération. La malade anesthésiée, l'opération est conduite comme pour une hernie vulgaire. On trouve un sac on l'incise : il renferme un liquide rougeâtre, abondant, et à l'intérieur, au lieu d'intestin ou d'épiploon, on trouve un cordon rougeâtre, long de cinq à six centimètres, du volume du petit doigt, présentant l'aspect d'un pénis d'enfant en érection. Sur un point de sa circonférence, est un bourrelet graisseux, analogue aux appendices épiploïques du gros intestin. On débride l'anneau avec le bistouri de Cooper, on tire légèrement en dehors l'organe hernié, et l'on voit qu'à la partie étranglée, au bourrelet rouge, fait suite un cordon pâle du diamètre d'un porte-plume, c'est l'appendice iléo-cœcal.

On place une ligature au catgut à un centimètre au-dessus du point étranglé, on coupe au-dessous du fil, on réduit, on extirpe le sac (cure radicale) et on suture la peau.

Les suites de l'opération furent très simples et la malade sortit guérie le 15 septembre 1890.

Examen anatomique. La partie réséquée présentait à son centre une cavité tubulaire terminée en cul-de-sac. La paroi de cette cavité avait un aspect muqueux. La portion située au-dessous de l'étranglement était notablement tuméfiée et d'un rouge vineux.

Il n'a pas été fait d'examen histologique, mais il ne paraît pas douteux qu'il s'agisse d'un appendice intestinal et suivant toute probabilité, de l'appendice iléo-cœcal.

OBS. V. — (Morse). — *Wiener med.*, 1892.

Hernie crurale droite, étranglée depuis trois jours. — L'appendice vermiforme gangrené est trouvé dans le sac de la hernie. — Guérison.

J. R. . . , 42 ans, femme robuste, entrée à l'hôpital de Heidelberg, le 4 septembre 1880.

Hernie survenue depuis trois jours sans accidents particuliers. La malade ressentit d'abord de violentes douleurs dans le pli de l'aîne du côté droit. Malgré cela, elle continue son travail, sans qu'il survint d'autres symptômes aggravants. A la fin de la première journée, la malade remarque l'apparition de la tumeur qui augmente de volume dès le lendemain. On appelle un médecin qui essaye le taxis sous chloroforme, mais qui n'obtient aucun résultat. Pas de signes d'étran-

glement. La malade entre à l'hôpital où l'on constate ce qui suit : dans le pli de l'aîne droite, près du pubis, une tumeur de la grosseur d'une noix, de consistance dure, plutôt élastique qui se laisse mouvoir latéralement. La peau qui recouvre la tumeur n'est pas enflammée, elle se laisse pincer facilement. Vive douleur à la pression.

Température : 38°4. L'abdomen n'est ni ballonné, ni douloureux.

Le professeur Braun se met en mesure de pratiquer l'opération. Après avoir fait une incision de 8 centimètres de long environ, sur la tumeur, il ne tarde pas à découvrir un paquet de ganglions sous lesquels il trouve un sac herniaire, qui se laisse détacher facilement. Immédiatement au-dessous, l'artère fémorale apparaît et est mise à nu sur une longueur de 5 centimètres. Le sac de la hernie rentre alors dans le canal crural. M. Braun l'incise et se trouve en présence d'un petit corps cylindroïde de la grosseur d'un tuyau de plume, en partie de coloration gris verdâtre, que l'on peut à volonté faire sortir et rentrer. C'était l'appendice vermiforme gangrené. M. Braun le résèque et introduit un drain dans la plaie, en complétant avec un pansement antiseptique de Lister.

Après l'opération, la malade eut de violentes coliques et un peu de météorisme abdominal.

Le 8 septembre seulement (l'opération datait du 4), la malade alla à la selle et un mieux sensible s'opéra dans son état. Quelques jours après, elle eut même de la diarrhée, mais temporairement. Les règles qui apparurent trois semaines après l'opération, furent plus abondantes que d'habitude.

En résumé, l'état général devient de plus en plus satisfaisant et la malade sortit guérie le 20 octobre.

OBS. VI (Pollosson). — *Lyon-Médical* (21 mai 1893).

Etranglement herniaire de l'appendice iléo-cœcal.

X. Y..., infirmière, 32 ans, Hôtel-Dieu de Lyon.

Porte depuis deux ans une hernie crurale droite. A son apparition, la tumeur a été douloureuse et a provoqué des phénomènes d'étranglement qui ont disparus après un taxis presque immédiat.

Depuis, la malade a porté un bandage, mais seulement d'une façon intermittente. Il y a huit jours, la hernie est sortie et est devenue douloureuse ; elle a été supportée dans cet état. Cependant, le 3 mars la douleur locale a augmenté, il y a eu des coliques, des nausées (pas de vomissements), de la constipation. On se décide à demander un chirurgien.

Le samedi, 4 mars, M. Maurice Pollosson est appelé auprès de la malade, il constate dans la région crurale droite au siège des hernies crurales, une tumeur du volume d'un citron, médiocrement tendue, douloureuse à la pression, surtout au niveau du pédicule. Vu l'absence

des vomissements, et la marche des accidents, on pense à une épiplo-cèle étranglée. La patiente étant jeune et d'une bonne santé habituelle, on se décide à intervenir dans le but, et de mettre immédiatement fin aux accidents aigus et de faire la cure radicale de la hernie.

Opération. — Anesthésie à l'éther. Incision sous l'arcade, sur la tumeur suivant son grand axe qui est transversal. Dissection et isolement du sac jusqu'à son pédicule. Le sac est doublé extérieurement d'une couche de graisse épaisse et irrégulière. On incise le sac qui est de petite dimension : issue d'un peu de sérosité. Le doigt introduit dans le sac, rencontre profondément, au-devant de l'anneau crural, une petite tumeur dure, résistante du volume d'une phalange unguéale. L'incision agrandie, on voit que cette tumeur est constituée par un corps cylindroïque, rougeâtre, tendu, d'aspect intestinal sur une partie de son contour, présentant comme un appendice épiploïque, sur un de ses bords. Le corps cylindroïque a environ 4 centimètres de longueur et se termine par une extrémité fermée et arrondie. On a tout à fait l'impression qu'il s'agit de l'appendice tuméfié.

On l'attire sans débrider, et la partie qui fait suite est un cordon pâle à surface séreuse, d'un diamètre inférieur à la portion herniée.

On place un ligature au catgut à 7 centimètres de l'extrémité.

La muqueuse du tube étant apparente après section au-dessous du fil, on ferme cette extrémité au moyen de deux points séro-interstitiels au catgut très fin. On réduit facilement, et on achève l'opération par les manœuvres de la cure radicale (résection du sac).

Le fragment réséqué se présente sous forme d'un tube fermé en cul-de-sac à une de ses extrémités. Il présente sur un côté un appendice graisseux. Le tube est tapissé d'une muqueuse. La portion réséquée se compose de deux parties : l'une plus volumineuse à surface rosée ; l'autre séparée de la première par un sillon peu marqué a tout l'aspect de l'appendice iléo-cœcal normal.

Les suites de l'opération ont été très simples : les phénomènes de douleur et d'étranglement ont immédiatement cessé et actuellement (15 mars) la malade est convalescente.

OBS. VII. — (Sauvage). — *Thèse de Paris, 1894.*

Hernie de l'appendice vermiforme avec épiplo-cèle étranglée. — Résection de l'appendice. — Guérison.

Il s'agit d'une femme de 70 ans, porteuse d'une hernie crurale dant de longtemps et irréductible depuis cinq jours. On note de la constipation, de violentes douleurs abdominales, mais pas d'occlusion vraie ; la malade rend des gaz en assez grande quantité et n'a pas de vomissements. Le ventre est ballonné, et il existe du hoquet depuis deux jours. On obtient une selle sous l'influence d'un lavement.

À l'examen on constate que la tumeur est tendue, douloureuse à la pression et du volume d'un œuf avec corde épiploïque également douloureuse au-dessus de l'arcade (1^{er} décembre). M. Walther pense se trouver en présence d'une épiplocèle crurale enflammée avec péritonite herniaire.

Le lendemain, ce chirurgien se décide à intervenir. Après avoir pratiqué une injection d'une solution de cocaïne au 100^e, il fait une incision verticale couche par couche de la tumeur et arrive jusqu'au sac qu'il trouve recouvert de plusieurs couches cellulo-graisseuses.

L'ouverture du sac laisse échapper un peu de liquide louche, sangui-nolent, et au centre du sac, M. Walther trouve une masse d'épiploon violacé, noirâtre, présentant des adhérences récentes, à la paroi du sac qui est rouge, dépoli, en pleine péritonite. Après ligature et résection de l'épiploon au-dessus du point étranglé, apparaît un organe sortant par la partie interne de l'anneau allongé, rouge, violacé, à surface séreuse dépolie. Cet organe, libre de toute adhérence au sac, est formé de deux cylindres accolés représentant une petite anse intestinale complète. Le cylindre interne est nettement cylindrique et fluctuant ; le cylindre externe est épais, dur et aplati. En tirant doucement sur cet organe et en le dégageant au-dessus du point étranglé, on reconnaît que le cylindre interne n'est autre chose que l'appendice vermiculaire, et que le cylindre externe qui lui est intimement adhérent sur toute sa longueur est constituée par de la graisse contenue dans un repli péritonéal qui est le vestige d'un méso-appendice.

Pour éviter la réduction complète, à cause de la péritonite herniaire très intense. M. Walther fait une ligature et résèque l'organe au-dessus du point étranglé ; il le fixe ensuite au niveau de l'anneau crural. La cavité est laissée largement ouverte et tamponnée de gaze iodoformée. Deux points de suture sont seulement placés aux deux extrémités de la plaie cutanée. Tous les phénomènes douloureux disparaissent, la poche se comble rapidement et le 26 décembre, soit 25 jours après, la cicatrisation est complète.

OBS. VIII. — (Rivet). *Thèse Paris, 1894.*

Hernie fémorale droite. — Appendice étranglé.

Symptômes d'étranglement sans constipation, dans le sac herniaire l'appendice non altéré, long de trois pouces, à la pointe un extravasat sous-péritonéal. Réduction. Guérison.

OBS. IX. — (Rivet). *Thèse Paris, 1894.*

Hernie crurale droite. — Appendice étranglé.

Symptômes d'étranglement sans constipation. Dans le sac herniaire l'appendice replié et adhérent. Réduction. Mort dans le collapsus.

OBS. X. — (Rivet). *Thèse, 1894.*

Hernie crurale droite. — Appendice étranglé.

Symptômes d'étranglement, rougeur de la peau au niveau de la hernie. Dans le sac, on trouve une petite anse formée aux dépens de l'appendice ; étranglée, perforée en partie, adhérente, recouverte de fausses membranes. L'appendice attiré de façon à dégager son extrémité est réséqué dans une étendue de 4 à 5 centimètres. Guérison (Jacque 1888).

OBS. XI. — (Rivet). — *Thèse Paris, 1894.*

Hernie crurale droite. — Appendice étranglé.

Symptômes d'étranglement. Dans le sac, l'appendice mortifié. Ligature au-dessus du point gangrené. Guérison.

OBS. XII. — (Rivet). — *Thèse Paris, 1894.*

Hernie crurale droite. — Appendice étranglé.

Symptômes d'étranglement, dans le sac herniaire, l'appendice perforé ; pérityphlite ; ablation de l'appendice qui, énormément allongé adhère intimement au sac ; calibre franchissable pour une fine sonde, septicémie. Mort. (Brunner, 1889).

OBS. XIII. — (Rivet). — *Thèse Paris, 1894.*

Hernie crurale droite. — Appendice étranglé.

Symptômes d'étranglement (collapsus, respiration féculente), appendice adhérent, gros comme annulaire, de couleur jaune tacheté. Ligature, ablation. Guérison.

OBS. XIV. — (Sauvage). — *Thèse de Paris, 1894.*

Hernie crurale droite étranglée. — Etranglement de l'appendice hernié. — Kélotomie. — Guérison.

M. Monod rapporte le cas d'une femme de 60 ans, auprès de laquelle il a été appelé en octobre 1873. Cette femme présentait depuis vingt-quatre heures tous les signes d'une hernie crurale étranglée droite. A l'ouverture du sac, M. Monod constata qu'il ne comprenait qu'un petit produit allongé, qui n'était autre chose que l'appendice vermicu-

laire. Après débridement de l'orifice herniaire, M. Monod réduisit dans le ventre la partie herniée. La malade guérit.

OBS. XV. — (Puchets, citée par Merling).

Hernie crurale contenant l'appendice iléo-cœcal. — Etranglement. — Kélotomie. — Guérison.

Une femme de 30 ans avait une hernie crurale droite depuis quelque temps. Tout à coup, sans cause extérieure, cette hernie s'étrangla. Cependant, on note l'indolence presque complète de la tumeur, la suppression incomplète des selles et la rareté des vomissements. On fit la kélotomie sans avoir besoin d'ouvrir le sac, car l'appendice vermiforme qu'on sentit à travers la séreuse rentra très facilement par la pression. La malade guérit.

OBS. XVI. — (Sauvage). — *Thèse de Paris, 1894.*

Hernie crurale droite de l'appendice. — Accidents d'étranglement. — Cure radicale. — Guérison.

Julie Ar..., 50 ans, entre le 3 mars 1894, à l'hôpital St-Louis, salle Denonvilliers, n° 14.

La malade est porteuse d'une hernie crurale droite dont la date d'apparition remonte à neuf ans, c'est-à-dire en 1885. C'est tout au moins à cette époque que la malade s'aperçut de son existence. Peu après, des accidents d'étranglement survinrent. La malade fut chloroformée et la hernie put être réduite ; depuis, grâce au port d'un bandage, elle n'est plus ressortie.

Le 4 mars 1894, la hernie sort de nouveau et devient aussitôt irréductible. Le lendemain, 5 mars, elle rentre à l'hôpital et est opérée le 6 mars.

Le diagnostic posé était : épiplocèle ou enterocèle étranglée. Les symptômes étaient d'ailleurs des plus vagues : localement, tumeur petite, marronnée, douloureuse, non enflammée. Comme symptômes fonctionnels, peu de chose : pas de vomissements, ni de paralysie intestinale complète. La malade rendait quelques gaz.

Opération. — A l'ouverture du sac s'échappe un peu de liquide. Un organe allongé légèrement congestionné ressemblant à la trompe ou à l'appendice occupe seul la cavité du sac. L'hésitation n'est d'ailleurs pas de longue durée et l'appendice est reconnu.

L'organe ne contenant pas de corps étranger et paraissant sain (congestion légère) est simplement rentré dans la cavité abdominale.

Réssection du sac et suture de l'anneau aussi bien que faire se peut.

Suites opératoires. — Des plus simples. La guérison s'est effectuée sans incident.

OBS. XVII (Sauvage). — *Thèse de Paris, 1894.*

Hernie crurale droite étranglée renfermant l'appendice. — Opération, résection de l'appendice. — Guérison.

T..., âgé de 46 ans, hernie fémorale droite survenue à la suite d'un violent effort il y a quatre mois et réduite. Symptômes d'étranglement depuis cinq jours, collapsus, abdomen sensible, respiration stertoreuse. On pratique l'opération et on trouve dans le sac de la hernie 60 grammes environ de sérosité et de petites nodosités ressemblant à un intestin adhérent à la paroi. Après l'incision de cette paroi, on trouve un liquide séreux, d'une odeur fétide et dans la cavité formée par la paroi une enveloppe jaune marbrée de l'épaisseur du doigt par l'ouverture de laquelle s'échappent les gaz de l'intestin, c'est alors seulement que l'on peut établir le diagnostic d'une hernie appendiculaire. On put introduire facilement une sonde assez profondément dans l'appendice on réséqua celui-ci. on referma la plaie au catgut et le malade ne tarda pas à se rétablir sans que la plaie laissât échapper la plus petite partie d'excréments. Guérison en deux mois.

OBS. XVIII. — (Davies Colley). *Guys Hospital Report.*

Hernie appendiculaire étranglée.

W..., âgé de 38 ans, hernie survenue il y a huit jours, en soulevant une charge. Depuis l'accident, phénomènes d'étranglement apparaissant à la suite de manœuvres de réduction.

Depuis trois jours, phénomènes d'étranglement, avec selles régulières, collapsus : l'opération est décidée et on trouve une petite hernie fémorale longue de trois pouces et contenant l'appendice vermiforme sans aucune altération. Le sac de la hernie est suturé, et l'opération est suivie de guérison.

OBS. XIX. — (Guinard) *Presse médicale* (28 novembre 1896).

Hernie étranglée de l'appendice.

Mme L..., 45 ans portait depuis 2 ans une hernie droite crurale qui rentrait facilement et était du reste ordinairement contenue par un bandage. Le 5 mai, au moment de se coucher, elle retire son bandage la hernie sort, et ne peut être réduite, elle se couche et dort. Le lendemain au réveil, elle ressent quelques douleurs un peu partout. Elle put continuer son travail jusqu'au 7 mai, c'est-à-dire quatre jours, conservant son appétit et l'usage complet de ses fonctions digestives, l'un et l'autre absolument normaux.

Le 8 mai, inquiète de ne pouvoir rentrer sa hernie, souffrant de quelques légers tiraillements dans le ventre, elle consulte son médecin, qui, après un taxis infructueux, l'envoie à Lariboisière. Entrée le soir du 8, elle est vue le 9 au matin par M. Guinard, l'interne n'ayant pas cru devoir l'appeler plus tôt.

L'état est le suivant. Pas de symptômes généraux, température et pouls normaux, pas de vomissements, pas de ballonnement du ventre. Une selle, la veille, émission de gaz. Localement, petite tumeur crurale, comme une petite noix, dure, douloureuse, mate. Le diagnostic porté fut épiplocèle et M. Guinard procéda à la kélotomie.

Dès que l'anneau est débridé, au moment où l'anse herniée est attirée au dehors, pour vérifier l'état des parois au-dessus de l'anneau herniaire, on voit sortir de la cavité abdominale l'extrémité libre de l'appendice, et en opérant une légère traction, on amène au dehors la partie inférieure du cœcum. On place un ligature à la soie sur l'appendice à son insertion cœcale et on le résèque au thermo-cautère. On termine ensuite l'opération, comme d'habitude.

M. Guinard fait remarquer qu'il n'y avait pas de traces de péritonite, et que la malade n'a présenté aucune réaction générale pendant les jours qui ont suivi l'opération et précédé la guérison complète.

En examinant avec soin l'appendice, on constate qu'il présente une longueur exagérée de 15 centimètres. L'étranglement porte sur l'appendice seul : c'est-à-dire qu'on peut voir, appartenant à l'organe un méro graisseux qui allait du cœcum à l'extrémité libre de l'appendice, sans être enserré par l'anneau herniaire. Cela explique comment, les vaisseaux étant respectés, il ne s'est pas produit de sphacèle du bout périphérique. Au niveau de l'agent d'étranglement, on voit sur l'appendice deux anneaux qui marquent la place où le canal appendiculaire était nettement oblitéré.

Enfin, au delà du point étranglé, l'appendice est dilaté et présente le volume et la forme d'une amande. En aucun point on ne voit de perforation ni même de menace de sphacèle. Les parois de cette extrémité renflée et dilatée sont violacées, très congestionnées, mais le péritoine qui la revêt est lisse et dépourvu de toute espèce de fausse membrane : en un mot, il n'y avait pas trace de péritonite péri-appendiculaire, pas traces d'adhérence avec les viscères voisins.

Cette cavité close contient un liquide couleur chocolat, et on ne découvre sur la muqueuse aucune ulcération superficielle ou profonde, petite ou grande. •

OBS. XX. — (Newbolt). *British medical journal* (27 mars 1897).

Cas de hernie crurale dans laquelle on trouve l'appendice dans le sac : excision du sac et de l'appendice. — Guérison.

Femme de 21 ans, admise le 29 janvier 1897 à l'hôpital Starley à Liverpool, souffrant d'une tumeur au niveau de l'aîne droite. Elle ra-

conte l'histoire suivante : Il y a deux ans, en faisant des efforts pour soulever un lourd siège de jardin, apparut une tumeur dans l'aine, tumeur qui atteignit le volume d'un œuf de poule. Elle disparaissait lorsque la malade était couchée et elle ne lui causa aucun ennui. Les selles étaient toujours régulières. Le 20 janvier, deux jours avant son admission, pendant qu'elle faisait des efforts pour soulever un lourd bois de lit, elle ressentit une douleur brusque, aiguë au niveau de la grosseur, dans l'aine et cette douleur augmenta progressivement jusqu'au moment de son entrée à l'hôpital.

Au moment de son admission, on constate une tumeur dure, de la grosseur d'un œuf de poule, dans l'aine droite ; elle était sensible, se soulevait à la moindre impulsion produite par la toux et était irréductible. Elle n'avait pas eu de selles depuis trois jours et quoiqu'elle ne fut pas encore malade, elle se plaignait de nausées et était légèrement dans le collapsus.

Opération. — Incision sur la tumeur et ouverture du sac qui contenait l'appendice. Celui-ci était épaissi et congestionné. Ayant rabattu l'appendice, j'enlevai la partie endommagée et ramenai le péritoine sur le bout coupé du moignon. Je retournai ensuite le moignon en le poussant avec une sonde dans la cavité péritonéale. L'anneau était très petit et n'aurait pas laissé passer le bout du petit doigt. Le sac fut alors enlevé et je fis la cure radicale.

Il n'y eut pas de symptômes alarmants et la malade quitta l'hôpital après guérison le 20 février 1897.

OBS. XXI. — (Henry Hemsted). — *British medical journal*, 1900.

Appendice vermiculaire étranglé formant le contenu d'une hernie crurale.

Une femme mariée, âgée de 33 ans fut admise à l'hôpital le 8 juillet 1900 avec les signes physiques d'une hernie crurale étranglée.

Histoire de la maladie. — Le 6 juillet, elle fit un effort pour soulever une lourde échelle et elle crut qu'elle « s'était déchirée ». Elle remarqua qu'elle avait une grosseur dans l'aine droite mais n'y fit pas beaucoup attention jusqu'au lendemain quand cette grosseur devint sensible et douloureuse. Le 8 juillet au matin, elle tomba malade et eut 8 vomissements. Elle eut une selle le 7 juillet dans la soirée après l'accident et une nouvelle selle abondante, le 8 juillet à 11 heures du matin. Il n'y avait pas arrêt des gaz.

Etat de la malade au moment de son admission. — La malade est anémique. Elle présente très peu de troubles de l'état général. Localement, on découvre dans l'aine droite, une tumeur à peu près de la grosseur d'une grosse noix, sensible, douloureuse, irréductible et mate à la percussion. Passant en revue l'histoire de la maladie, on crut, soit à un étranglement de l'intestin, ou à une hernie de Richter.

Opération. — A 5 heures 45 du soir (une heure après l'admission), on pratiqua l'incision classique de la hernie crurale étranglée. Le sac est découvert; il s'en échappe environ 2 onces d'un liquide noir, sale. Dans le sac, on trouve une anse intestinale de très petit calibre et noire comme une mûre. En rabattant cette anse pour s'assurer s'il n'y avait pas d'ulcération ni de perforation, du côté de l'étranglement, on trouva une extrémité libre avec un trou borgne et un petit mésentère, ce qui prouvait que c'était un appendice étranglé. La portion attirée au dehors, longue de 5 pouces environ et à peu près de la grosseur d'un tube de stéthoscope fut ligaturée et amputée. L'ouverture herniaire fut fermée ensuite avec de la soie et la plaie cutanée suturée.

La malade guérit bien (4).

OBS. XXII (Naquet). — *Thèse de Paris, 1900.*

Hernie crurale appendiculaire. — Etranglement. — Résection de l'appendice. — Guérison.

J. A..., blanchisseuse, 29 ans, entre à l'hôpital pour une tumeur peu volumineuse, très douloureuse, siégeant du côté droit, au niveau de la racine de la cuisse.

La malade raconte qu'elle avait constaté depuis de longues années l'existence de cette tumeur, mais n'en souffrant aucunement, elle n'y avait pas accordé d'attention. Le samedi soir, en rentrant de son travail elle a été prise de coliques très violentes suivies bientôt de vomissements alimentaires, puis bilieux. La tumeur avait augmenté légèrement de volume et était extrêmement douloureuse à la palpation.

La malade rentre à l'hôpital le lendemain matin. La constipation est absolue, mais les gaz continuent à passer. Le pouls est petit et accéléré, le ventre ballonné, le facies grippé. En présence de ces symptômes on conclut à une épiplocèle étranglée et la kélotomie est pratiquée d'urgence. A l'ouverture du sac, on tombe sur un appendice très long étranglé au niveau du bord libre du ligament de Gimbernat. Il y avait un sillon d'étranglement net. On pose une ligature à la base de l'appendice et on le sectionne au thermo-cautère. Le moignon est encapuchonné suivant le procédé de Mikulicz. Les suites furent excellentes, la malade sortit de l'hôpital le quinzième jour.

L'appendice examiné mesurait une longueur de 16 centimètres. La cavité était dilatée, mais ne renfermait aucun corps étranger. Il n'y avait pas menace de perforation, mais la stricture était très étroite et la malade a certainement retiré un très grand bénéfice de la rapidité de l'intervention.

(1) Nous devons la traduction de cette observation à notre ami le D^r Broudic.

OBS. XXIII. — (Taillefert de Béziers). *Congrès de chirurgie*, 1901.

Hernie crurale de l'appendice étranglé.

Sœur garde-malade âgée de 39 ans, chez laquelle on constate une tuméfaction crurale marronnée, douloureuse, irréductible. Circulation des gaz. Les matières ne circulent pas. Cependant, on obtient 2 selles dures, peu abondantes, au 3^e jour de l'étranglement avec de l'huile de ricin. Etat général excellent. Début de l'étranglement, cinq jours. Début de la hernie, 3 ans. Hernie réductible, pas de bandage. Soudain cinq jours auparavant, irréductible, douloureuse, pas de troubles herniaires. Antécédents : pas de hernie dans la famille. Diagnostic, épiplocèle crurale étranglée. Opération au 6^e jour, sous éther. Liquide noir dans le sac. Sac de 8 centimètres, noir au point étranglé et en cul-de-sac. Appendice recouvert de néo-membranes inflammatoires dans sa moitié inférieure, et au dessous de ces membranes, infiltration sanguine. Longueur de l'appendice 8 centimètres, appendice perméable. Résection, péritonisation du moignon, cure radicale suivant Delagenière. Guérison opératoire et définitive.

OBS. XXIV. — (Quenu). — *Société de Chirurgie*, 15 juillet 1903.

Hernie crurale de l'appendice étranglé. — Examen histologique.

J'ai été appelé en consultation le 4 avril, par mon ami et ancien interne le Dr Baudet, auprès d'une femme de quarante-deux ans, atteinte depuis le 26 mars, c'est-à-dire depuis neuf jours d'une hernie crurale droite irréductible.

Les accidents commencèrent par une douleur brusque au pli de l'aîne et l'apparition d'une tuméfaction qui se développa les jours suivants, mais sans provoquer de vomissements et sans interrompre ni la fonction intestinale, ni la circulation des gaz.

Le 4 avril, nous constatâmes l'existence, sous l'arcade crurale, d'une petite tumeur, ayant le volume d'un œuf de poule, mate, arrondie, bosselée, fluctuante, irréductible. Le ventre était légèrement tendu, sensible dans la fosse iliaque droite, surtout au-dessus de l'arcade.

Nous diagnostiquâmes une hernie épiploïque étranglée sans entéro-cèle, et fûmes d'avis, néanmoins, d'intervenir de suite. M. Baudet fit l'opération, et je lui servis d'assistant. Le sac ouvert, et du liquide citrin s'étant écoulé, nous trouvâmes l'appendice dans la hernie, rouge, congestionné, épaissi et étranglé vers sa partie moyenne. Pas de traces d'épiploon. Après débridement, nous attirons le cœcum dans la plaie, constatons l'existence d'un sillon à la surface externe de l'appendice. L'appendice est réséqué à sa base, et le moignon cautérisé, enfoui

dans un pli cœcal. Cure radicale de la hernie. Suture de l'arcade à l'aponévrose du pectiné. Suites opératoires normales. Lever au 21^e jour.

La malade qui se plaignait de douleurs gastriques dans une période de six mois qui a précédé l'opération, n'en a plus depuis.

L'appendice enlevé, a été examiné par notre chef de laboratoire, M. Landel, spécialement au niveau de l'étranglement, et nous présentons le dessin très démonstratif d'une coupe histologique passant à ce niveau. Il existe assurément des lésions inflammatoires, mais assurément secondaires, car elles vont en décroissant de la partie étranglée vers le reste, et, à une petite distance de l'étranglement, les coupes montrent un appendice presque sain, seulement plus vascularisé qu'à l'état normal.

Au niveau de l'étranglement, on constate la destruction complète de la muqueuse, couches glandulaire et folliculaire, de la sous-muqueuse et de la plus grande partie de la couche musculaire circulaire. Au contraire, le péritoine et la couche longitudinale lisse sont indemnes.

Ces préparations justifient donc pour l'appendice ce que les recherches de Gosselin, Labbé, Nicaise avaient montré pour l'intestin, au moins quant à l'ordre suivant lequel se fait la destruction des tuniques. Il semble bien, à l'examen des pièces qu'il s'agit d'un processus nécrobiotique de la muqueuse et des couches sous-jacentes. »

OBS. XXV (Rochard). — *Société de Chirurgie*, 6 décembre 1904.

Etranglement de l'appendice dans une hernie crurale.

X. ..., soixante-dix ans, entre à l'hôpital Tenon le 11 novembre avec le diagnostic de hernie étranglée.

Elle se plaint de douleurs au niveau de l'aîne droite, ayant apparu il y a trois ou quatre jours.

L'interrogation nous apprend que la malade n'a pas eu de selles depuis bientôt trois jours, mais elle a rendu des gaz dans la journée. Elle a eu des nausées, mais pas de vomissements.

Le ventre est un peu ballonné, mais souple et non douloureux. Au niveau de la région crurale droite, on constate la présence d'une petite masse arrondie douloureuse à la pression et irréductible. Elle se prolonge en haut sous l'arcade par un cordon de la grosseur du petit doigt.

Le pouls est bien frappé et à 84. La température est de 37°7.

L'état général est bon.

En présence de ces signes, on fait le diagnostic de hernie crurale probablement légèrement étranglée et l'on se décide à intervenir.

Opération. — On tombe sur un sac se continuant par un cordon semblant remonter très haut sous l'arcade crurale. Ce sac est épaissi, adhérent aux parties voisines et nous présente un rétrécissement un peu au-dessous de l'arcade.

Après section de cette arcade et ouverture du sac, on voit que le contenu de la hernie est constitué entièrement par l'appendice et que ce dernier est étranglé à 2 centimètres environ au-dessus de son extrémité inférieure.

L'agent d'étranglement est formé par une sorte de petit diaphragme dépendant du sac.

Au-dessus de l'étranglement l'appendice paraît complètement sain et de la grosseur d'un crayon ordinaire.

Au-dessous, il est renflé en massue et atteint la grosseur d'un médius.

Il est noirâtre, ecchymotique, adhérent au sac.

Entre les deux portions, il existe un sillon, profondément marqué, déterminé par le diaphragme du sac. On enlève cet appendice (il a une longueur de 10 centimètres) et on fait la cure radicale de la hernie.

La malade n'avait souffert du ventre à aucun moment, et elle ne s'était jamais aperçue de la présence de sa hernie crurale. Guérison rapide.

OBS. XXVI (Bleynie et Descazals). — *Limousin médical* (Juillet 1904).

Gangrène de l'appendice hernié.

Le 29 décembre 1902, je fus appelé en consultation auprès d'une malade de mon confrère et ami le Dr Pierre Bleynie que ce dernier avait vue la veille pour la première fois.

Rien de spécial ou d'intéressant à noter dans les antécédents de Mme O..., âgée de 55 ans.

Cette malade se plaignait d'avoir ressenti huit jours auparavant une douleur brusque au niveau de la partie intérieure droite de l'abdomen suivie bientôt de vomissements. Puis la douleur diminua peu à peu d'intensité, les vomissements se calmèrent et la malade put continuer à vaquer à ses occupations. Cependant il persistait dans la région de l'aîne, du côté droit, une douleur peu intense, mais continuelle, qu'exagérait la station verticale, si bien que la malade marchait légèrement inclinée en avant.

Mais ce ne fut pas la douleur qui détermina la malade à consulter le Dr Bleynie, ce fut la présence d'une saillie apparue à la région douloureuse.

Lorsque nous examinons Mme O... huit jours après le début des accidents, l'état général était parfait, le pouls calme et normal, pas de vomissements, pas de ballonnement du ventre; il y avait une selle et des gaz depuis le commencement de la maladie. La température était normale. Il existait à la région crurale une petite saillie allongée dans le sens transversal et située un peu au-dessous de l'arcade de Fallope. La peau, d'aspect normal glissait facilement sur cette petite tumeur que la palpation légèrement douloureuse révélait irréductible et bos-

selée. Les efforts de toux commandés à la malade ne modifiaient pas le volume de la partie saillante et on n'y percevait aucun phénomène d'impulsion.

L'idée d'une masse ganglionnaire ne nous arrêta pas longtemps à cause du début rapide et aussi parce qu'il n'existait aucune lésion pouvant expliquer une adénite. Restait donc la possibilité d'une hernie crurale dont le contenu ne pouvait être que de l'épiploon, le diagnostic expliquait en effet l'aspect bosselé de la tumeur, la persistance du bon état général, et l'absence de phénomènes d'obstruction. L'irréductibilité et le manque d'impulsion pendant l'effort ainsi que la douleur accrue pendant les derniers jours nous firent conclure à l'étranglement de la portion d'épiploon hernie. Ces considérations nous firent proposer une intervention qui fut acceptée et pratiquée le lendemain 30 décembre.

Après incision de la peau, je trouvai la masse principale, grosse comme une noisette entourée de tissu cellulaire œdématisé et d'aspect inflammatoire, si bien que je revins à ce moment à notre première idée d'adénite. Malgré une dissection prudente, je ne pus trouver de sac et l'ouverture de la petite tumeur laissa échapper une très petite quantité de liquide louche entraînant quelques parcelles de tissus nécrosés. En voulant enlever un débris sphacélé et plus volumineux que les autres, j'attirai au dehors un cordon lisse qu'un examen attentif me montre être l'appendice. Son extrémité seule était atteinte, le reste était absolument sain jusqu'à l'insertion au cœcum. Ce ne fut, du reste qu'en débridant l'arcade crurale que je pus atteindre le cœcum; car l'orifice par lequel sortait l'appendice était extrêmement petit, au point que je me suis demandé depuis s'il s'agissait bien du canal crural et non pas d'un orifice spécial creusé au travers de l'arcade.

Je réséquai l'appendice au ras du cœcum, refermai l'orifice et suturai la peau sans drainer après un nettoyage minutieux de l'espèce de coque ou était enfermée, l'extrémité libre de l'appendice. Les suites opératoires furent des plus simples et la malade guérit sans incident.

Cette observation nous est intéressante à plusieurs titres.

Les hernies de l'appendice ne sont pas rares, et je me rappelle en avoir eu pour ma part plusieurs cas. Mais habituellement il s'agit de hernies volumineuses entraînant en même temps le cœcum, ou plutôt, l'appendice dans ce cas accompagne le cœcum hernié. Ici une petite partie seulement de l'appendice était sorti de l'abdomen.

De plus, il ne s'agit pas d'appendicite herniaire, cas également assez fréquent. Les lésions de notre appendice étaient simplement dues à la striction exercée sur l'extrémité herniée; car il n'y avait ni signes locaux, ni signes généraux d'un processus inflammatoire. Il nous paraît en effet difficile d'admettre qu'une lésion inflammatoire localisée à l'extrémité de l'appendice n'ait pas atteint en même temps la partie restée dans l'abdomen. Nous croyons donc qu'il s'agit d'un véritable étranglement de l'appendice ayant entraîné le sphacèle et la destruction de la portion herniée.

OBS. XXVII. — (Legueu). *Société de chirurgie*. 20 décembre 1904.

Etranglement de l'appendice dans une hernie crurale.

Mme T. ., blanchisseuse, cinquante-trois ans, entre le 21 mars 1904 à l'hospice de Bicêtre, salle Després.

Mariée à 24 ans, elle a eu quatre enfants dont un seul actuellement vivant, (celui-ci vient d'être opéré d'adénite bacillaire au cou, par M. Legueu).

Depuis le début de l'hiver, la malade tousse et présente des deux côtés des signes de bronchite, avec prédominance, au niveau du sommet droit.

Le mardi, 15 mars, en lavant du linge, elle est prise d'une quinte de toux et de coliques qu'elle attribue à un effort. Ayant fini son travail, elle s'aperçoit qu'elle a une grosseur dans la région inguinale droite, grosseur qui n'y était pas auparavant.

Le lundi suivant (21 mars), continuant à souffrir, la malade sur le conseil de son médecin, entre à l'hôpital.

La malade, examinée à son entrée, présente, au niveau de la base du triangle de Scarpa, une tumeur arrondie, du volume d'un œuf de pigeon ; elle est très certainement sous-jacente à l'arcade crurale, et correspond à la partie interne de l'artère. Cette tuméfaction est dure, mate à la percussion douloureuse à la pression, et irréductible. Il n'y a ni vomissements, ni accidents aigus d'étranglement.

La malade est opérée le 25 mars 1904. Chloroformisation.

Incision classique de la hernie crurale. Découverte, libération et ouverture du sac herniaire qui contient l'appendice ainsi que des franges épiploïques péri-appendiculaires. L'appendice présente un étranglement net, produit par le collet du sac et qui persiste après section de l'arcade de Fallope et abaissement en masse de toute la hernie. Les franges épiploïques péri-appendiculaires étranglées sont noires, sur une hauteur de 3 centimètres.

L'appendice libéré, est lié, sectionné et réduit, ainsi que l'épiploon dont la portion douteuse est réséquée sous ligature.

Le sac herniaire, lié et excisé, on reconstitue la paroi, en rapprochant l'aponévrose du pectiné du ligament de Poupart avec des crins de Florence. Les plans antérieurs sont également suturés au crin.

Les suites opératoires furent excellentes. On enleva les fils au dixième jour et la malade sortit le 17 avril absolument guérie.

L'appendice, en amont de son point étranglé, ne présentait pas de on: manifes tes bien qu'il y eut cavité close ».

OBS. XXVIII. — (J. H. Barbat). *Journal of American medical association*, 1904.

Hernie crurale étranglée contenant l'appendice.

Mme D. . . . , âgée de 66 ans fut en bonne santé durant plusieurs années, à l'exception d'une tumeur dans l'aîne droite qu'elle avait remarquée il y a 9 ans, mais qui ne lui occasionnait aucun trouble particulier. Cependant par moments, elle était douloureuse à la pression. La gêne ne fut jamais assez grande pour nécessiter l'intervention d'un médecin jusqu'à cette dernière attaque. La malade fut d'abord vue par le Dr William Sullivan à qui elle raconta qu'elle ressentait une douleur depuis trois jours au niveau de la tumeur qu'elle avait à l'aîne. Elle n'avait pas eu de vomissements ni de hoquets : le pouls était à 85, la température à 37°0.

Je vis la malade le lendemain en consultation et découvris une tumeur inflammatoire de deux pouces de diamètre, très sensible au toucher, située directement au-dessus de l'embouchure de la saphène droite.

Je fis le diagnostic d'adénite inguinale suppurée ou d'épiplocèle crurale étranglée. La malade fut transportée à l'hôpital et opérée immédiatement. Quand le sac fut ouvert, il s'écoula au dehors une once environ de liquide séro-sanguinolent d'odeur désagréable. Le contenu du sac consistait en l'appendicé qui était gros, enflammé et présentait une large perforation auprès du sommet, une scybale contenue dans un petit abcès circonscrit, et le méso-appendice qui était hypertrophié en raison de son long séjour au dehors de la cavité abdominale. Toute la masse était séparée du sac à la paroi duquel elle était fortement adhérente, au niveau de l'anneau ; à ce niveau, les adhérences étaient si fortes qu'il n'était pas prudent d'essayer de le libérer, de sorte que l'appendice et son mésentère furent liés en masse et sectionnés ; le moignon fut cautérisé ; on laissa un drain dans la plaie ; celle-ci guérit rapidement et la malade s'en retourne au bout de trois semaines.

OBS. XXIX. — (J. H. Barbat). — *Journal of American medical association* (1904).

Hernie crurale étranglée contenant l'appendice.

Mme C. . . . , âgée de 69 ans, bien portante jusqu'alors à part une douleur dorsale plus intense lorsqu'elle était assise que lorsqu'elle était debout ou qu'elle se promenait. A aucun moment elle n'observa de troubles au niveau de l'aîne. Elle se leva un matin, se sentant parfaitement bien et prépara le déjeuner. Pendant le repas, elle fut prise

de crampes et d'une douleur au bas ventre présentant le maximum d'intensité à droite. Elle se coucha immédiatement et découvrit une petite tumeur au niveau de l'aîne droite. Elle appela l'attention de son mari sur ce fait, et lui qui avait aussi une hernie pensa que sa femme se trouvait dans le même état et essaya de réduire la masse par ce taxis, mais sans succès. On fit au niveau de la tumeur des applications chaudes.

Je vis la malade à 7 heures du soir, juste 12 heures après l'attaque, et la trouvai souffrant d'une douleur intense, spasmodique, au niveau de l'aîne droite, douleur s'irradiant vers l'abdomen et vers le dos. La douleur était plus intense au niveau du dos qu'aux autres points. Je note cette particularité, parce que je pense que la douleur dorsale que la malade avait auparavant, était due au tiraillement du méso-appendice pendant la formation de la hernie, qui, je le pense, existait quelque temps avant sa découverte ; mais qui n'avait jamais été apparente, à cause de la couche épaisse de graisse qui la masquait. La malade vomit légèrement une fois après le début de l'attaque. La température était de 38°3 et le pouls de 100.

A l'examen, on découvrit une petite masse ayant de un pouce à un pouce 1/2 de diamètre située juste au-dessous du ligament de Poupart et directement sur l'embouchure de la saphène. Cette tumeur était dure et douloureuse. Je fis le diagnostic de hernie crurale étranglée et fis transporter la malade à l'hôpital en vue de l'opération.

Quand le sac fut ouvert, il s'écoula quelques gouttes d'un liquide inodore, séro-sanguinolent. Alors on s'aperçut que le contenu du sac se composait de l'appendice replié sur lui-même et étranglé au niveau de l'anneau externe. L'extrémité de l'appendice était au-dessus de l'étranglement et il fallut sectionner l'anneau d'un bout à l'autre pour la libérer. Alors tout l'appendice sortit facilement.

Un fait intéressant se présenta alors : on vit que le sommet de l'appendice était sphacélé presque totalement, tandis que le reste était seulement congestionné, c'est ce qui prouvait que la double constriction avait produit un étranglement plus précoce auprès du sommet qu'auprès de la base. En tirant doucement sur l'appendice, on attira le cœcum au dehors. L'appendice, traité comme à l'ordinaire, on enfouit le moignon suivant le procédé de Dawbarn. L'orifice crural fut fermé en suturant au catgut le fascia pectinéal à la base profonde du ligament de Poupart et la plaie cutanée fut suturée.

CONCLUSIONS

I. — L'appendice vermiculaire seul, ou accompagné du cœcum peut, sous certaines conditions (longueur anormale, ectopie, laxité ligamenteuse) s'engage dans l'anneau crural.

II. — L'appendice hernié dans l'anneau crural, peut y être étranglé ; le plus souvent par le bord tranchant du ligament de Gimbernat, plus rarement par un diaphragme sacculaire ou par le collet du sac.

III. — L'étranglement de l'appendice et de ses vaisseaux détermine des lésions d'hypérémie et de nécrose, non seulement sur le point comprimé, mais diffusant en amont et en aval. Ces lésions peuvent aller jusqu'à la perforation.

IV. Secondairement, des lésions inflammatoires se surajoutent à l'élément nécrobiotique.

V. — L'étranglement de l'appendice se manifeste au début par des symptômes locaux et par des symptômes généraux ; ces derniers d'origine réflexe.

VI. — L'évolution de l'étranglement de l'appendice se fait presque nécessairement vers la gangrène et la perforation. Dès lors apparaissent des symptômes de suppuration, souvent locale (intra-sacculaire) parfois générale (intra-abdominale).

VII. — Le pronostic de l'étranglement de l'appendice dans un sac crural est toujours grave, il est peut-être fatal.

VIII. — Le diagnostic de l'étranglement de l'appendice dans un sac crural, est assez souvent possible ; il est basé rarement sur la

constatation de l'appendice à travers les téguments (Trèves), plus fréquemment sur des nuances cliniques. Il doit être fait avec l'entéroécèle et avec l'épiplocèle crurales étranglées.

IX. — Le traitement chirurgical de l'étranglement de l'appendice dans l'anneau crural comporte trois temps : le débridement, l'ablation de l'appendice, la cure radicale de la hernie.

Vu : *Le Président*

F. GUYON

Vu : *Le Doyen*

DEBOVE

Vu et permis d'imprimer

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris

L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

- ALTI. — *Th. de Paris*, 1893-94.
BARD. — *Th. de Lyon*, 1895-96.
BARIÉTY. — *Th. de Paris*, 1894-95.
BAZY. — Société de chirurgie, déc. 1904.
BENNET. — A case of strangul. of the append. — *Medic. and chirurg. Rep. Philadelphie*, 1882.
BEAUSSENAT. — *Th. de Paris*, 1897.
BERGER. — *Traité de chirurgie*, T. VI.
BARBAT. — *Journal of americ. méd. assoc.*, février 1904.
BASILE. — *Polyclinico*, mai, 1904.
BEAUMETZ. — *Gazette des hôpitaux*, 1859.
BLEYNIÉ et DESCAZALS. — *Limousin médical*, juillet 1904.
BRIANÇON. — *Th. de Paris*, 1896-97.
BRIÉGER. — *Arch. für Klin. chir.*, 1893. (Die Hernien des processus vermiformis).
CABARET. — *Journal des connaissances médico-chirurg.*, 1842.
CHARYAN. — *Journal de la société de médecine de Nantes*, 1837.
CHIPAULT. — *Hernies du cæcum*, 1892.
CHRÉTIEN. — *Annales médic. chir. du centre*, févr. 1904.
CLOQUET. — *Hernies*.
CLARET. — *Tribune médicale*, 4 juin 1904.
COLLEY (Davies). — *Guy's Hospital Reports*, p. 429.
DEMOULIN. — Société de chirurgie, décembre 1904.
DIEFFENBACH. — *Surgery II*, p. 600.
DIONIS du SÉJOUR. — Société anatomique, 1904.
FERGUSON et LOCKWOOD. — 1891-1892.
FERRIER. — *Th. de Bordeaux*, 1884.
GUINARD. — Société de chirurgie, juin 1896.
— Société de chirurgie, mai 1902.
HARTMANN et MINOT. — *Semaine médicale*, 1897.
HEMSTED. — *British medical Journal*, 1900 (Etranglement de l'appendice dans le canal crural).
JACKLE. — Die Erkrankungen des processus vermiformis in Bruchrach. Wurtzbourg, 1888.
JAYLE. — *Presse médicale*, 1894.
JONNESCO. — *Th. de Paris*, 1890.
LAFFORGUE. — *Th. de Lyon*, 1893.
LE DENTU. — Art. Hernies. *Dict. Jaccoud*.

- LEGUEU. — Société anatomique, 1892.
— Société de chirurgie, déc. 1904.
- LEMOINE. — *Nord médical*, sept. 1904.
- LE PLAY. — Société anatomique, avril 1904.
- MANEC. — *Gazette des hôpitaux*, 1859.
- MAUCLAIRE et DAMBRIN. — Société anatomique, juillet 1902.
- MAC RAE. — *Journal of american medical Association*, sept. 1904.
- MICHAUX. — Société de chirurgie, janvier 1897.
- MIGNON. — Société de chirurgie, mai 1902.
- MORSE. — *Wiener med. Wochenschrift*, 1892.
- MOTY. — Société de chirurgie, mai 1902.
— Société de chirurgie, mars 1904.
- NOVE JOSSEERAND. — *Lyon médical*, juillet 1902.
- NICHE. — *Th. de Munich*, 1892.
- NEWBOLT. — *British medical Journal*, 27 mars, 1897.
- PAUCHET. — *Bulletin médical*, février 1904.
- POTHERAT. — Société de chirurgie, mai 1904.
- POLLOSSON. — *Lyon-médical*, 1893.
- QUENU. — Société de chirurgie, juillet 1903.
- RECLUS. — Société de chirurgie, juin 1892.
- ROTOWTZEW. — *Prakt Wratch*, janvier 1904.
- RIVET. — *Th. de Paris*, 1893-94.
Gazette des hôpitaux, 1898.
- ROCHARD. — Société de chirurgie, décembre 1904.
- ROUTIER. — Société de chirurgie, janvier 1896.
— Société de chirurgie, avril 1904.
— Société de chirurgie, décembre 1904.
- SAUVAGE. — *Th. de Paris*, 1897-98.
- SPANZEL. — *Deutsche Zeitch. für Chirurg*, 1904.
- SEGELMANN. — *Th. de Paris*, 1897-96.
- SEGOND. — Société de chirurgie, janvier 1901.
- TEMOIN. — *Gazette médicale du centre*, août 1902.
— *Gazette médicale du centre*, janvier 1904.
- THIÉRY. — Société anatomique, 1892.
- TAILHEFERT. — Congrès de chirurgie, 1901.
- THOMPSON. — *British medical journal*, février 1897.
- TRÈVES. — *British medical journal*, février 1887.
- TUFFIER. — *Arch. de médecine*, juin-juillet 1887.
- VALERANI. — *Ernia crurale*. Osservatore. Torino, 1883, page 545.
-

TABLE DES MATIÈRES

INTRODUCTION.....	
ÉTIOLOGIE ET PATHOGÉNIE.....	3
ANATOMIE PATHOLOGIQUE.....	11
SYMPTOMES.....	16
PRONOSTIC ET DIAGNOSTIC.....	20
TRAITEMENT.....	23
OBSERVATIONS.....	25
CONCLUSIONS.....	45
BIBLIOGRAPHIE.....	47

Imprimerie spéciale de la Librairie G. JACQUES, Paris.
